

TARTU ÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Kaarel Mägi

**LÄBIPÕLEMISE SEOS JUHI SUHTES TAJUTUD
USALDUSEGA EESTI ARSTIDE SEAS**

Magistritöö ärijuhtimise magistrikraadi taotlemiseks
turunduse ja finantsjuhtimise erialal

Juhendaja: lektor Anne Aidla

Tartu 2018

Soovitan suunata kaitsmisele

(lektor Anne Aidla)

Kaitsmisele lubatud “ “ 2018. a.

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõtteliselt seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(Kaarel Mägi)

SISUKORD

Sissejuhatus.....	4
1. Läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse teoreetiline käsitus.....	8
1.1. Läbipõlemise olemus ja seda mõjutavad tegurid	8
1.2. Juhi suhtes tajutud usalduse olemus, seda mõjutavad tegurid ning läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse omavahelised seosed	21
2. Läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse seos Eesti arstide seas.....	35
2.1. Valimi ja metoodika kirjeldus.....	35
2.2. Läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse omavahelised seosed ning eripärad sõltuvalt sotsiaal-demograafilistest tunnustest.....	42
2.3. Järeldused läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse vahelistest seostest ja sõltuvalt sotsiaal-demograafilistest tunnustest.....	48
Kokkuvõte.....	57
Viidatud allikad.....	61
Lisad.....	72
Lisa 1. Küsimustik	72
Lisa 2. Faktorite võrdlused sõltuvalt soost (Mann-Whitney U test).....	74
Lisa 3. Faktorite võrdlused sõltuvalt vanusegruppidest (Kruskal Wallis H test) ...	74
Lisa 4. Faktorite võrdlused sõltuvalt tööstaazist (Kruskal Wallis H test).....	75
Lisa 5. Vanuse ja tööstaazigruppide risttabel	75
Lisa 6. Faktorite võrdlused sõltuvalt töökoormusest (Mann-Whitney U test).....	76
Lisa 7. Faktorite võrdlused sõltuvalt tööajast (Mann-Whitney U test).....	76
Summary	77

SISSEJUHATUS

Arstiks minnakse õppima eelkõige missioonitundest ning see on sobiv valik eriti just neile, kes soovivad tulevikus oma tööga teisi inimesi aidata. Kuigi ühelt poolt pakub abivajaja ravimine heategijale palju rõõmu ning on äärmiselt tähendusrikas, siis teiselt poolt kaasnevad sellega tohutult vastutusrikkad ning stressirohked olukorrad, mis võivad olla nii füüsiliselt kui vaimselt väga kurnavad. Kõige selle tulemuseks on tihtipeale läbipõlemine. Erinevate riikide põhjal tehtud uuringutega on näidatud, et lausa 30-50%-l arstidest esineb läbipõlemist (Shanafelt *et al.* 2012: 1377–1385; Soler *et al.* 2008: 245-265; Riidas 2017).

Enne 1980-ndaid läheneti teadusuuringutes läbipõlemise probleemile peamiselt individuaalsel tasemel. Kui saadi aru, et eelnev pole piisav nähtuse olemuse täielikuks mõistmiseks, hakati läbipõlemist uurima organisatsioonide kontekstis. Mitmete uuringutega on näidatud just seost organisatsioonides esineva usalduse ja läbipõlemisega: mida suurem on usaldus, seda väiksem on läbipõlemine ja vastupidi (Laschinger 2001: 217; Karapinar *et al.* 2016: 1964-1966; Jiang, Probst 2015: 530; Van Maele, Van Houtte 2015: 103-104; Simha *et al.* 2014: 493; Wong, Cummings 2009: 13). Kuna usaldus on niivõrd tavaline igapäevane nähtus ning on aluseks pea mistahes inimestevahelisele suhtlusele, on mõisteta, et see mõjutab ka tööl toime tulemist, ja just seal, kus parima soorituse eelduseks on koostöö. Võimalik, et just juhi suhtes tajutud usalduse suurendamine on üheks lahenduseks arstide läbipõlemise vähendamiseks.

Käesolevas magistritöös käsitletakse läbipõlemist kui kolmedimensionaalset sündroomi, mis koosneb emotsionaalsest kurnatusest, inimestest eemaldumisest ehk depersonalisatsioonist ja vähenenud professionaalsest võimekusest. Juhi suhtes tajutud usaldust mõistetakse aga kui töötaja uskumust, et tema juht käitub temaga heausklikult ja peab oma lubadustest kinni ning ei kasuta teda ära.

Läbipõlemine on peamiselt levinud inimeste seas, kes puutuvad oma töös kokku inimestega (Maslach 1997: 192) ning on näidatud, et arstide seas esineb üldpopulatsiooniga võrreldes oluliselt rohkem läbipõlemist (Shanafelt *et al.* 2012: 1380). Nähtus on seletatav meditsiinitöötajate järjest suuremate töökoha nõudmistega, mis tulenevad peamiselt rahvastiku vananemisega kaasnevatest patsientide hulga suurenemisest ja sellega seonduvatest ajaliste ja rahaliste ressursside nappusest. Nii võivad pikeneda ravijärjekorrad, patsientide probleemidega tegelemiseks võib jääda vähem aega ning tavalised on koormavad ületunnid. Lisaks sellele peavad arstid toime tulema üha suureneva info üleküllusega, kus nüüdisaja kiirelt arenevas ühiskonnas publitseeritakse uusi teadusuuringuid igapäevaselt ning ravijuhised muutuvad vahel mitmeid kordi aastas. Ka tegelevad paljud arstid tavatööle lisaks veel ise teadustööga ning peavad tudengitele loenguid ja viivad neile läbi praktikume. Veel enam, tavaliseks on muutunud meditsiiniliste vigade kajastamine meedias ning erinevate osapoolte vahelised kohtuvaidlused (Rattus 2016). Lisaks on Eestis probleemiks teatud erialade arstide väljakoolitamise vähesus (Residentuuri...2016: 1) ning tööjõu nappust põhjustab ka spetsialistide väljaränne teistesse riikidesse (Riidas 2017).

Kõige sellega toimetulekuks on äärmiselt oluline toetava töökeskkonna olemasolu, kus iga arst saab nii oma kolleege kui ka juhtkonda usaldada ning vajadusel neile kindel olla. Käesolev magistr töö teostatakse mõistmaks, kas ja kuidas on juhi suhtes tajutud usaldus ja läbipõlemine seotud. Autorile teadaolevalt ei ole praeguseni Eestis uuritud läbipõlemise ning juhi suhtes tajutud usalduse seoseid Eesti arstide seas.

Töö eesmärgiks on välja selgitada, millised seosed on läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse vahel Eesti arstide seas. Eesmärgi saavutamiseks püstitatakse järgnevad uurimisülesanded:

- kirjeldada läbipõlemise sündroomi, selle olemust ja tagajärgi nii indiviidile kui organisatsioonile;
- anda teoreetiline ülevaade juhi suhtes tajutud usaldusest ja olulisusest organisatsioonides;
- kirjeldada, milliseid seoseid on varasemad uuringud välja toonud läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse kohta;

- tuua välja läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse eripärad tervishoiu kontekstis;
- valida ankeet läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse seoste välja selgitamiseks Eestis töötavate arstide seas;
- viia läbi ankeetküsitlus Eestis töötavate arstide seas ja analüüsida uuringu põhjal saadud tulemusi;
- anda ülevaade saadud tulemustest lähtuvalt, kui kõrge on läbipõlemine ja juhi suhtes tajutud usaldus ning millised on nende eripärad sõltuvalt sotsiaal-demograafilistest tunnustest;
- välja tuua, millised seosed on arstide läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse vahel ning kõrvutada saadud tulemusi varasemate uuringutega.

Töö koosneb kahest peatükist. Esimeses peatükis keskendutakse läbipõlemise ja usalduse teoreetilise tagapõhja avamisele. Teoreetiline osa koosneb kahest alapunktist, millest esimeses analüüsitakse erinevaid läbipõlemise definitsioone, kirjeldatakse selle kujunemise võimalusi ning tuuakse välja seda põhjustavad tegurid. Seejärel käsitletakse läbipõlemist täpsemalt tervishoiu kontekstis. Teises alapeatükis kirjeldatakse usalduse mõistet üldiselt, selle erinevaid arusaamasid ning tuuakse välja erinevate autorite seisukohad. Seejärel uuritakse usalduse kujunemise erinevaid klassifikatsioone ning usalduse tähtsust. Järgnevalt keskendutakse juhi suhtes tajutud usaldusele. Tuginedes eelnevatele töödele, näidatakse kuidas on usaldus teatud sotsiaalmajanduslike nähtuste ja protsesside eelduseks ning teatud protsesside tagajärjeks. Seejärel uuritakse usalduse rolli tervishoius. Esimese peatüki teise alapunkti lõpus kirjeldatakse läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse omavahelisi seoseid. Uuritakse, kuidas need nähtused teineteist mõjutavad. Sealjuures näitlikustatakse läbipõlemise ja usalduse seoseid erinevates elukeskkondades ja erinevate osapoolte vahel. Lõpuks analüüsitakse läbipõlemise ja usalduse vahelist seost just meditsiinis.

Empiiriline osa koosneb kolmest alapeatükist, millest esimene kirjeldab uuringu valimit ja metoodikat. Koostati ankeet, millest esimene osa käsitles läbipõlemist, teine osa juhi suhtes tajutud usaldust ning kolmas osa sotsiaal-demograafilisi tunnuseid. Valimi moodustasid 201 arsti ja arst-residenti. Empiirilise osa teises alapeatükis tuuakse välja kõigepealt hinnangud vastajate läbipõlemisele ning juhi suhtes tajutud usaldusele.

Seejärel antakse ülevaade läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse vahelistest seostest ning eripäradest sõltuvalt sotsiaal-demograafilistest tunnustest. Kolmandas alapunktis analüüsitakse hinnanguid läbipõlemisele ja juhi suhtes tajutud usaldusele ning seoseid läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse vahel. Analüüsitulemusi kõrvutatakse teooria ja varasemate uuringutega ning kirjeldatakse magistritöö autori seisukohti.

Autor tänab juhendajat Anne Aidlat, kelle konstruktiivsed nõuanded ning igati toetav suhtumine oli töö kirjutamisel suureks abiks. Ka tänab autor Astrid Hurti keelekorrektuuri eest. Samuti tänab autor kõiki uuringus osalejaid.

Magistritööd iseloomustavad märksõnad: läbipõlemine, juhi suhtes tajutud usaldus, tervishoid, arstid.

1. LÄBIPÕLEMISE JA JUHI SUHTES TAJUTUD USALDUSE TEOREETILINE KÄSITLUS

1.1. Läbipõlemise olemus ja seda mõjutavad tegurid

Käesolev alapeatükk kirjeldab läbipõlemise mõistet, selle kujunemist ning seda mõjutavaid tegureid. Tutvustatakse teema uurimise ajalugu ning sellega tegelemise olulisust. Seejärel keskendutakse läbipõlemisele meditsiinitöötajate seas.

Läbipõlemise mõiste on psühholoogia kontekstis olnud kasutusel võrdlemisi lühikest aega. Ameerika Ühendriikide psühhiaater Freudenberger võttis 1974. aastal termini üle New Yorgis tegutseva uimastiprobleemidega patsientidele abi pakkuvast kliinikust, kus see oli kõnekeeles kasutusel (Freudenberger 1974: 159-165). See viitas vabatahtlikele, keda iseloomustas järkjärguline emotsionaalne kurnatus, motivatsiooni vähenemine ning pühendumuse kadumine.

Autori arvates on Schaufeli *et al.* (2009: 205) tabavalt selgitanud, miks antud nähtust just läbipõlemiseks nimetatakse. Ta on toonud paralleeli läbipõlemise ja kustuva küünlaleegi vahel, mis näitlikustab selle termini olemust. Alguses eredalt põlev küünlaleek energia lõppedes hääbub ja lõpuks kustub. Nii on ka inimesega, kes kaotab ületöötamisest tingituna jõu anda oma panus ning lõpuks läbi põleb.

Kuigi erinevad autorid üldjoontes mõistavad põhimõtteliselt läbipõlemist kui nähtust ühtmoodi, ollakse siiski selle teatud nüanssides olulisel määral eri meelt (vt tabel 1). Sellest hoolimata on üks käsitlus neist mõjukaim, laialdasemalt aktsepteeritud ning seda on kasutatud uurimustöodes teistest märkimisväärselt rohkem. See defineerib läbipõlemist kui kolmedimensionaalset sündroomi, mis koosneb emotsionaalsest väsimusest, depersonalisatsioonist ja vähenenud professionaalsest võimekusest isikutel, kes oma töös puutuvad mingil määral kokku inimestega (Maslach *et al.* 1997: 192). Selle

käsitluse järgi on läbipõlemine üksikisiku reaktsioon stressoritele ja see kujuneb läbi keerukate inimsuhete (Maslach 1998: 68). Antud definitsioonil põhinev küsimustik *Maslach Burnout Inventory* (MBI) oli 1990-ndate lõpuks kasutusel enam kui 90% läbipõlemist puudutavates teadusartiklites (Schaufeli, Enzmann 1998: 224). See definitsioon on autori arvates kõige selgemini sõnastatud ning kirjeldab hästi läbipõlemise omadust läbi tema kolme dimensiooni ning lisab, et see kujuneb inimestel, kes puutuvad oma töös kokku inimestega.

Eelnevalt mainitud kolmest läbipõlemise dimensioonist esimene, emotsionaalne väsimus, viitab inimese tundeelamuslike ressursside lõppemisele ning seda käsitletakse läbipõlemise sündroomi individuaalse stressi komponendina. Depersonalisatsioon kujutab endast negatiivsust, küünilisust või eemaldumist teistest inimestest ning on läbipõlemise inimestevaheliseks komponendiks. Vähenenud personaalne võimekus on tunne kompetentsi ja produktiivsuse vähenemisest ning on seotud enesehinnanguga. (Maslach 1998; 69) Seega võiks Maslachi käsitlust ümber sõnastades läbipõlemine olla emotsionaalne kurnatus, millega kaasneb inimestest kaugenemine ja kannatab töökohal toime tulemine.

Leidub mitmeid autoreid, kes on seisukohal, et läbipõlemise kirjeldamiseks ei ole vaja kolme mõõdet. Maslach on mainitud autoritele otseselt vastu vaieldud ning on näiteks väitnud, et ilma depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuseta läbipõlemise sündroomi kirjeldada ei saa. Ta usub, et emotsionaalne kurnatus üksinda ei võta arvesse töökohal esinevad inimestevahelisi suhteid, mis on läbipõlemise kontekstis väga olulised. Lisaks on Maslach seisukohal, et kurnatus pole pelgalt subjektiivne tunne, vaid see paneb inimese oma tööst emotsionaalselt ja kognitiivselt kaugenema. Veel enam, üksikisiku eripärade ignoreerimine ja nende käsitlemine objektidena on mehhanism töö ülekoormusega toime tulemiseks. (Maslach *et al.* 2001: 403) Ilmselt püüavad inimesed sel viisil järelejäänud energia inimestevahelise suhtluse arvelt iseenda alalhoidmisele suunata.

Kuna eelnev ühetahuline nimekiri kolmest sümptomist ei kirjeldanud lähemalt läbipõlemise sündroomi olemust, siis on välja pakutud põhjalikum definitsioon, mis tugines mitmetele erinevatele esitatud käsitlustele. Selle kohaselt on läbipõlemine püsiv, negatiivne, tööga seotud “normaalse inimese” meeleseisund, mida kirjeldab peamiselt

väsimus, millega käib kaasas stress, alanenud tõhususe tunne, vähenenud motivatsioon, ja düsfunktsionaalsete hoiakute ja käitumise väljakujunemine töökohal. See psühholoogiline seisund areneb vähehaaval, kuid võib antud inimesele jääda märkamatuks pikaks ajaks. See tuleneb kavatsuste ja reaalsuse ebakõlast töökohal. Ebapiisavate kohanemisstrateegiate tõttu on läbipõlemine tihti püsiv. (Schaufeli, Enzmann 1998; 224) Magistritöö autori arvates on eelnev läbipõlemise definitsioon kindlasti kõige laiahaardelisem ning üritab kirjeldada nähtust kõige täpsemini. Antud selgitus keerulisele nähtusele hõlmab nii Maslachi kolme dimensiooni kui ka toob välja selle järkjärgulisuse. Lisaks eelnevale on mainitud ära, et see on "normaalse" inimese meeleseisund, mis antud kontekstis tähendab, et läbipõlemise väljakujunemise eelduseks ei ole psühhopatoloogia. Siiski on Rössler kolleegidega (2014: 19) hilisemates uuringutes leidnud, et teatud eelnevad depressiivsed häired võivad soodustada läbipõlemise väljakujunemist. Ülalesitatud definitsioonist puudub Maslachiga võrreldes konkreetset vähenenud professionaalse võimekuse aspekt, mis on magistritöö autori arvates aga väga oluline, kuna professionaalse võimekuse vähenemine on eriti oluline töökeskkonnas, kus läbipõlemine just peamiselt välja kujunebki.

Leidub ka neid uurijaid, kes ei ole läbipõlemise mitmedimensionaalse käsitlusega täielikult nõus. Üheks neist on Golembiewski, kes on mitmete uuringutega näidanud, et mainitud kolm dimensiooni ei pea esinema ilmtingimata koos. Väidetavalt isikud, kes kogevad emotsionaalse väsimuse dimensiooni, ei koge ülejäänud kahe dimensiooni sümptomeid. (Golembiewski 1989: 5-6) Kuna inimesed, kes arvavad end või teisi olevat läbipõlenud, viitavad kõige sagedamini just kurnatusele, siis nõustutakse, et just see on läbipõlemise sündroomi keskne ja ilmselgeim aspekt. On ka seisukohti, et ülejäänud kaks Maslachi välja pakutud dimensiooni: depersonalisatsioon ja vähenenud professionaalne võimekus on isegi juhuslikud või ebavajalikud (Shirom 1989: 26-48). Siinkohal nõustub magistritöö autor Maslachi kolmedimensionaalse läbipõlemise sündroomi käsitlusega. Kui vaadelda üksnes kurnatust, on see oma olemuselt liiga lihtne kirjeldamaks keerulist läbipõlemise sündroomi. Üksnes kurnatus võib esineda lõpmatult paljudes situatsioonides lisaks töökeskkonnale. Enam veel, see ei anna edasi töökeskkonnas mitmete eelnevalt mainitud uuringutega tõestatud inimese personaalsuse muutust ja sellega kaasaskäivat produktiivsuse langust.

Samuti sisaldab Demerouti *et al.* poolt aastal 2002 välja töötatud käsitlus kolme asemel kahte dimensiooni: kurnatust ja eemaldumist ehk depersonalisatsiooni. (Demerouti *et al.* 2002: 298). Eespool oli nimetatud, et kurnatuse ja depersonalisatsiooni vahelist seost on selgelt mitmete uuringutega näidatud, kuid vähenenud professionaalne võimekus on justkui eraldiseisev ja kujuneb välja eraldi. Lisaks sellele võib see dimensioon olla rohkem seotud näiteks töörahulolu ja organisatsioonilise pühendumusega (Lee, Ashforth 1996: 124).

Lisaks eelnevale on argumenteeritud, et Maslachi definitsiooni järgi on läbipõlemine kolme selle nimetatud dimensiooni koosesinemine, kuid MBI mõõdab neid iseseisvalt. Selle kohaselt oleks kui üks kontseptsioon, kuid kolm erinevat mõõdikut. Veel enam, on ette heidetud, et depersonalisatsioon on eraldiseisev toimetulekumehhanism ja vastus stressile, mitte sündroomi enda osa. Samale loogikale põhinedes on väidetud, et vähenenud professionaalne võimekus on hoopis pikaajase stressi tagajärg. Eelnevatele seisukohtadele tuginedes on pakkunud Kristensen *et al.* välja omakorda lähenemise, mis põhineb just kurnatusel ning koosneb kolmest alaosast: personaalne läbipõlemine, tööga seotud läbipõlemine ja klientidega seotud läbipõlemine. (Kristensen *et al.* 2005: 196–197) Selle autori seisukoha järgi võiks läbipõlemine olla vaid kurnatus ning depersonalisatsioon ja vähenenud professionaalne võimekus sümptomite kompleksi ei kuuluks.

Kui Maslach, läbipõlemise uurimise üks teerajajatest, alustas nähtuse uurimist, oldi seisukohal, et läbipõlemine kujuneb just töökeskkonnas. Antud määratlus sisaldub ka eelnevalt välja toodud Maslachi definitsioonis. On arvamusi, et see kitsendus ei pea ilmtingimata paika. Näiteks Pines ja Aronson (1988: 9) kirjeldasid oma esmastes töödes läbipõlemist kui füüsilise, emotsionaalse ja vaimse väsimuse seisundit, mis on põhjustatud pikaajalisest emotsionaalselt stressirohkelt olukorrast. Eelnevast võib välja lugeda, et definitsioonis ei ole mainitud läbipõlemise seotust inimese tööga. Nii ongi näidatud, et läbipõlemine võib välja kujuneda lisaks töökeskkonnale näiteks ka abielusuhetes (Pines 2011: 361) ning ka lastevanematel lapsi kasvatades (Mikolajczak *et al.* 2018: 139). Töötades hiljem välja läbipõlemise mõõdikut, muutis Pines kolleegidega oma seisukohta, et läbipõlemine on üksnes erinevat tüüpi väsimus. Nad hakkasid kirjeldama seda kui sündroomi, milles esinevad sümptomitena koos abitus, lootusetus,

lõksu püütuse tunne, entusiasmi langus, ärritus ja enesehinnangu langus (Malach-Pines 2005: 82).

Tuginedes kahele eelnevalt mainitud käsitlusele, üks välja pakutud Maslach'i ja kolleegide ning teine Pines'i ja kolleegide poolt, jõudis Shirom (1989: 26-48) omapoolse käsitluseni läbipõlemisest. Seda vaadeldakse kui seisundit, mida kirjeldab füüsilise, emotsionaalse ja kognitiivse energia oluline langus. Iseenesest baseerub käsitlus Hobfoll'i *Conservation of Resources* (COR) ehk ressurside säilitamise teooriale (1998). See väidab, et inimesed on oma olemuselt motiveeritud hankima, säilitama ja kaitsma asju, mida nad väärtustavad. Nendeks asjadeks on ressursid, ja antud kontekstis just energeetilised ressursid, mis omakorda jagunevadki füüsiliseks, emotsionaalseks ja kognitiivseks energiaks. Läbipõlemine on seega kombinatsioon füüsilisest väsimusest ning emotsionaalsest ja kognitiivsest kurnatusest. (Hobfoll ja Shirom 2000: 807) COR teooriat eristab läbipõlemise kolmedimensionaalse mudelist iseärasus, et kirjeldades nähtust üksnes kui energia langust, jätab see täielikult käsitlemata depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse dimensioonid.

Eelnevalt on antud töös käsitletud seitset läbipõlemise käsitlust. Nimekiri ei ole küll täielik, kirjandusest leidub veel mitmeid teisigi. Siiski on magistritöö autor on valinud antud töösse just need, kuna mainitud aitavad tänu oma üksteisest eristumisele ja mitmetahulisusele probleemi sisu paremini haarata. Nimetatud seitse käsitlust on koondatud tabelisse 1. Tabeli vasakpoolses veerus on välja toodud käsitluse autor ja selle publitseerimise aasta. Tabeli ülemises reas on välja toodud kokku kuus aspekti, mille osas käsitlusi võrreldakse. Esimesteks kaheks on dimensioonide arv ja dimensioonide eristus ning järgnevalt on välja toodud psühhopatoloogia, tööga seotuse, inimestega kokkupuute ja järkjärgulisuse olemasolu. Dimensioonide arv näitab number, mitut dimensiooni on käsitluses mainitud, plussmärk näitab tabelis aspekti olemasolu ning miinusmärk aspekti puudumist.

Selgub, et võrdluse all olevad seisukohad läbipõlemisest on küllaltki erinevad. Teatud asjades ollakse sama meelt, teatud asjades taas erinevatel seisukohtadel. Samuti on punkte, mida kõik uurijad ei ole eraldi välja toonud.

Tabel 1. Erinevate läbipõlemise käsitluste võrdlus

Käsitluse autor(id)	Dimensioonide arv	Emots.kurn./ depers./ väh. prof. võimekus	Tööga seotus	Inimestega kokkupuude	Psühhopatoloogia	Järkjärgulisus
1.Maslach (1997: 192)	3	+ / + / +	+	+	-	-
2.Schaufeli, Enzmann (1998: 224)	2	+ / + / -	+	-	+	+
3.Golembiewski (1989: 5-6)	1	+ / - / -	-	-	-	-
4.Demerouti (2002: 298)	2	+ / + / -	+	+	-	-
5.Kristensen <i>et al.</i> (2005: 196–197)	1	+ / - / -	+	+	-	-
6.Pines, Aronson (1988:9)	1	+ / - / -	-	+	-	-
7.Shirom (1989:26-48)	1	+ / - / -	+	+	-	-

Allikas: (autori koostatud tabelis esitatud allikate põhjal). Plussmärk tähendab, et teemat on vastavas allikas käsitletud ning miinusmärk tähendab, et teemat ei ole vastavas allikas käsitletud.

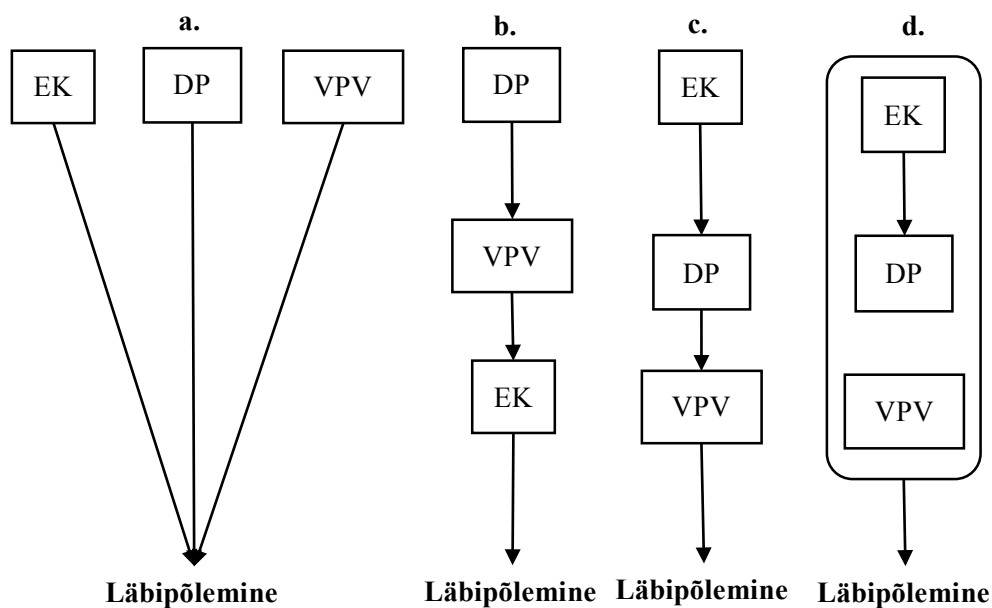
Dimensioonide arvu vaadeldes ilmneb, et Maslachi kolmedimensionaalne käsitlus on tabelis ainuke, kahe-dimensionaalseid ja ühedimensionaalseid on vastavalt kaks (Schaufeli, Enzmann 1998: 224; Demerouti 2002: 298) ja neli (Golembiewski 1989: 5-6; Kristensen *et al.* 2005; Pines, Aronson 1988: 52; Shirom 1989: 26-48). Samuti selgub, et kõikides käsitlustes on olemas emotsionaalse väsimuse mõõde, mis ongi mõistetav, kuna nagu eelnevalt sai mainitud, siis see on keskne läbipõlemist seletav väljendus, millega magistritöö autorile teadaolevalt kõik teemat uurivad õpetlased nõustuvad. Lisaks sellele tuleb välja, et kahe mõõtme olemasolul on teiseks mõõtmeks just depersonalisatsioon ja puudub vähenenud professionaalne võimekus ning ühe dimensiooni olemasolul puuduvad just nii depersonalisatsioon kui vähenenud professionaalne võimekus. Pines ja Aronson (1988: 52) on eraldi välja toonud, et läbipõlemine ei pea ilmtingimata vaid töökohaga seotud olema ning nagu oli juttu eespool, on nad näidanud, et see võib lisaks töökohale ka välja kujuneda nii abielusuhetes kui ka lapsi kasvatades. Golembiewski (1989: 5-6) ei ole seda omadust maininud. Ainukesena on Schaufeli ja Enzmann (1998: 224) distinktiivselt kirjeldanud läbipõlemise kujunemise järkjärgulisust ning väitnud, et psühhopatoloogia ei ole läbipõlemise eelduseks, ülejäänud autorid ei ole antud aspekte käsitlenud.

Erinevaid käsitlusi kokku võttes saab öelda, et emotsionaalne kurnatus on läbipõlemise kõige sagedamini esinev sümptom ning sellele järgneb depersonalistatsioon. Professionaalse võimekuse langust on mainitud vaid ühel juhul. Samuti ollakse valdavalt nõus, et nähtus esineb töökohal ning neil, kes puutuvad oma töös kokku inimestega.

Erinevate läbipõlemise käsitluste analüüsi ja omavahelise võrdluse tulemusel valiti käesoleva magistritöö aluseks Maslachi kolmedimensiooniline läbipõlemise definitsioon. Seda põhjusel, et see on juba võrdlemisi kaua, üle kahekümne aasta, kasutusel olnud ning korduvalt oma sobivust tõestanud. Ühtlasi on sellele baseeruv MBI küsimustik kõige laiemalt kasutatav mõõdik läbipõlemise hindamiseks. MBI edasiarendus MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory: Human Services Survey*) on mõeldud sotsiaaltöötajate küsitlemiseks ning seega sobib eriti hästi just tervishoiutöötajate jaoks. Sellest tulenevalt süübitakse järgnevates lõikudes just nimetatud läbipõlemise käsitlusse. Sel juhul saab ka hästi antud töö tulemusi teiste uuringutega võrrelda.

Nimetatud kolme Maslachi väljapakutud käsitluse dimensiooni identifitseerimise järgselt tekkis küsimus, milline põhjuslik seos nende vahel on ning millises järjekorras need täpsemalt kujunevad. Välja on pakutud vähemalt neli alternatiivi. Golembiewski ja Munzenrider (1988) käitlesid neist kahte. Nemad tõid välja esimese variandina, et kõik kolm dimensiooni kujunevad välja samaaegselt ja üksteisest sõltumatult (vt joonis 1, a) (Golembiewski, Munzenrider 1988, viidatud Maslach 2001: 405 vahendusel). Samal joonisel on ka kujutatud samade autorite välja pakutud läbipõlemise kujunemise teist varianti, kus esimeseks faasiks on depersonalisatsioon, millele järgneb vähenenud professionaalne võimekus ja lõpuks emotsionaalne kurnatus (vt joonis 1, b).

Kolmanda protsessi mudeli autoriteks on Maslach ja Leiter (vt joonis 1, c). Algselt oli nende seisukoht, et läbipõlemine hoopis algab emotsionaalse kurnatusega, millele järgneb depersonalisatsioon ning sellele omakorda vähenenud professionaalne võimekus (Maslach, Leiter 1988: 297). Kui võrrelda seda Golembiewski ja Munzenrider (1988) välja pakutuga, siis ilmneb, et variandid on vägagi sarnased, üksnes emotsionaalse faasi tekkekoht nende käsitlustes erineb.



Joonis 1. Läbipõlemise kujunemise erinevad käsitletused. Allikas: (autori koostatud mainitud autorite tööde põhjal). a., b.- Golembiewski, Munzenrider 1988, viidatud Maslach 2001: 405 vahendusel; c.- Maslach, Leiter 1988: 297; d.- Leiter 1993: 245. EK- emotsionaalne kurnatus, DP- depersonalisatsioon, VPV- vähenenud professionaalne võimekus, AU- afektiivne usaldus, KU- kognitiivne usaldus.

Neljanda läbipõlemise kujunemise võimaluse autoriks on Leiter. Ta näitas sarnaselt eelnevale mudelile, et emotsionaalsele väsimusele järgneb depersonalisatsioon. Huvitava teistest käsitletustest eristava aspektina selgus siiski, et ressursside puudusel kujuneb vähenenud professionaalne võimekus välja teisest kahest dimensioonist sõltumatult (vt joonis 1, d) (Leiter 1993: 245). Hilisemalt on mahuka meta-analüüsi teel Leiteri mudeliga väga sarnased tulemused saanud ka teised uurijad, mis annab kinnitust, et just käesolev mudel võiks läbipõlemise kujunemine kirjeldamiseks olla täpsem (Lee, Ashforth 1996: 123-133). Ka magistritöö edasise diskussiooni aluseks on just see läbipõlemise kujunemise versioon.

Siiani on antud töös analüüsitud läbipõlemise erinevaid käsitlusi ning välja toodud erinevate autorite seisukohti läbipõlemise kujunemisest. Eelneva diskussiooni käigus tuli ilmsiks Maslachi kolmedimensionaalse lähenemise olulisus ja prevaleerumine võrreldes teiste käsitletustega. Ühtlasi jõuti järeldusele, et enim aktsepteeritud läbipõlemise kujunemise mudeli esimene mõõde on emotsionaalne kurnatus, mis viib depersonalisatsioonini ning et vähenenud professionaalne võimekus kujuneb eraldi-

seisvalt (vt joonis 1, d). Kuid mis faktorite tulemusel inimesel need kolm nimetatud seisundit esile kerkivad ning ta lõpuks läbi põleb? See on küsimus, millele üritatakse vastust siiani leida. Uurijate seisukohad ja ühes sellega uurimisvaldkonnad on ajas muutunud.

Üldiselt lahterdatakse läbipõlemise põhjused kaheks: situatsioonilised faktorid ja individuaalsed faktorid. Situatsioonilisteks faktoriteks on töökoha nõudmised ja töö ressursid ning neist tulenevat läbipõlemise kujunemise mudelit nimetatakse Töökoha Nõudmiste-Ressursside (*Job Demands-Resources* ehk *JD-R*) mudeliks. Kuna läbipõlemine esineb peamiselt tööga seotud situatsioonides, siis on peamiselt keskendunud situatsioonilistele faktoritele selgitamaks läbipõlemise väljakujunemist. Töökoha nõudmisteks liigitatakse need aspektid, mis eeldavad inimeselt pidevat pingutust (Demerouti *et al.* 2001: 499–512). Sellest tulenevalt seonduvad töökoha nõudmised füsioloogilise ja psühholoogilise koormusega, nagu näiteks tõusnud pulsisagedus ja väsimus, millede tagajärjeks võib omakorda olla kurnatus ning enda tööst vaimne distantseerimine (Bakker *et al.* 2000: 425–441). Eelnevaid on nimetatud ka kvantitatiivseteks töökoha nõudmisteks. Kvalitatiivsete töökoha nõudmistena on Lee ja Ashforth (1996: 126) välja toonud rolliebakindluse (töö korrektseks tegemiseks selge informatsiooni puudumine), rollikonflikte (üksteisele vastanduvad tööülesanded), rollistressi, stressirikkad sündmused, töökoormuse, tööstressi.

Töökoha ressursid on aga töö eesmärkide täitmist, töökoha nõudmisi ja hinda või personaalset kasvu soodustavad füüsilised, psühholoogilised, sotsiaalsed või organisatsioonilised aspektid. Töökoha ressursside ja läbipõlemise vaheline korrelatsioon on pidevalt negatiivne, mis tähendab, et ressursside vähesus on seotud suurema määra läbipõlemisega. (Demerouti *et al.* 2001: 501-502) Täpsemalt on ka näidatud, et toetava töökeskkonna korral on töötaja läbipõlemine madalam (Au *et al.* 2018: 253). Lisaks ollakse seisukohal, et ressursside puudus on seotud depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekusega (Leiter 1993: 237-250). Ühtlasi on näidatud, et töökoha ressurssidel on justkui kaitsev roll kõrgete töökoha nõudmiste korral ning et töötaja tunnetav autonoomsus, tagasiside või sotsiaalne tugi vähendab suure töökoormuse korral läbipõlemist. Järeldub, et läbipõlemine kujuneb suurema tõenäosusega kõrgete töökoha nõudmiste ja väheste ressursside koosinemisel. (Bakker *et al.* 2005: 170–180)

Liikudes edasi situatsiooniliste faktorite analüüsist individuaalsetele läbipõlemist põhjustavatele faktoritele, selgub, et uuringute tulemusel on näidatud läbipõlemise seotust nii inimese demograafiliste näitajate, sotsiaalmajandusliku staatuse kui ka isiksuseomadustega. Demograafilistest faktoritest on kõige rohkem läbipõlemisega seotud vanus. Läbipõlemist esineb rohkem just noorematel ja vähem kogenematutel, alla 30-40-aastastel. Arvatakse, et selle põhjuseks võiks olla ebaõnnestunud tööalasest sotsialiseerumisest tulenev stress või identiteedikriis. Samuti on välja pakutud, et nähtus võiks olla seletatav tähelepanekuga, et läbipõlenud isikud lahkuvad varem töölt ning järele jäävad need, kes ei ole läbi põlenud või on vähem läbi põlenud. (Schaufeli, Enzmann 1998: 224) Lisaks sellele leidsid Hakanen *et al.* (2011: 352), et kõrgem sotsiaalmajanduslik staatus ja paremad kognitiivsed võimed võivad kaitsta läbipõlemise eest. Veel enam, suureks viisikuks nimetatud viiest isiksuseomadusest neli korreleeruvad negatiivselt läbipõlemise kolme dimensiooniga, nendeks on emotsionaalne stabiilsus, ekstravertsus, meelekindlus, avatus (Alacron *et al.* 2009: 244). Viies isiksuseomadus, neurootilisus, paistab olevat korreleeritud positiivselt läbipõlemisega ning on oluline seejuures just selle väljakujunemisel (Swider, Zimmerman 2010: 494). Seega teatud isiksuseomadustega inimesed on läbipõlemisele vastuvõtlikumad.

Kui eelnevalt toodi välja eraldi situatsioonilised ja individuaalsed läbipõlemise kujunemise faktorid, siis on ka välja pakutud teistsugune lähenemine, mis paigutaks need ühtsesse integreeritud raamistikku. Maslach ja Leiter (2004: 91–134) formuleerisid mudeli, mis keskendub inimese ja kuue töökeskkonna valdkonna vahelisele sobivusele või mitesobivusele. Nendeks valdkondadeks on töökoormus, kontroll, tasu, kogukond, õiglus ja väärtused. Mida suurem on inimese ja töökoha vaheline sobivus, seda väiksem on läbipõlemine ja vastupidi.

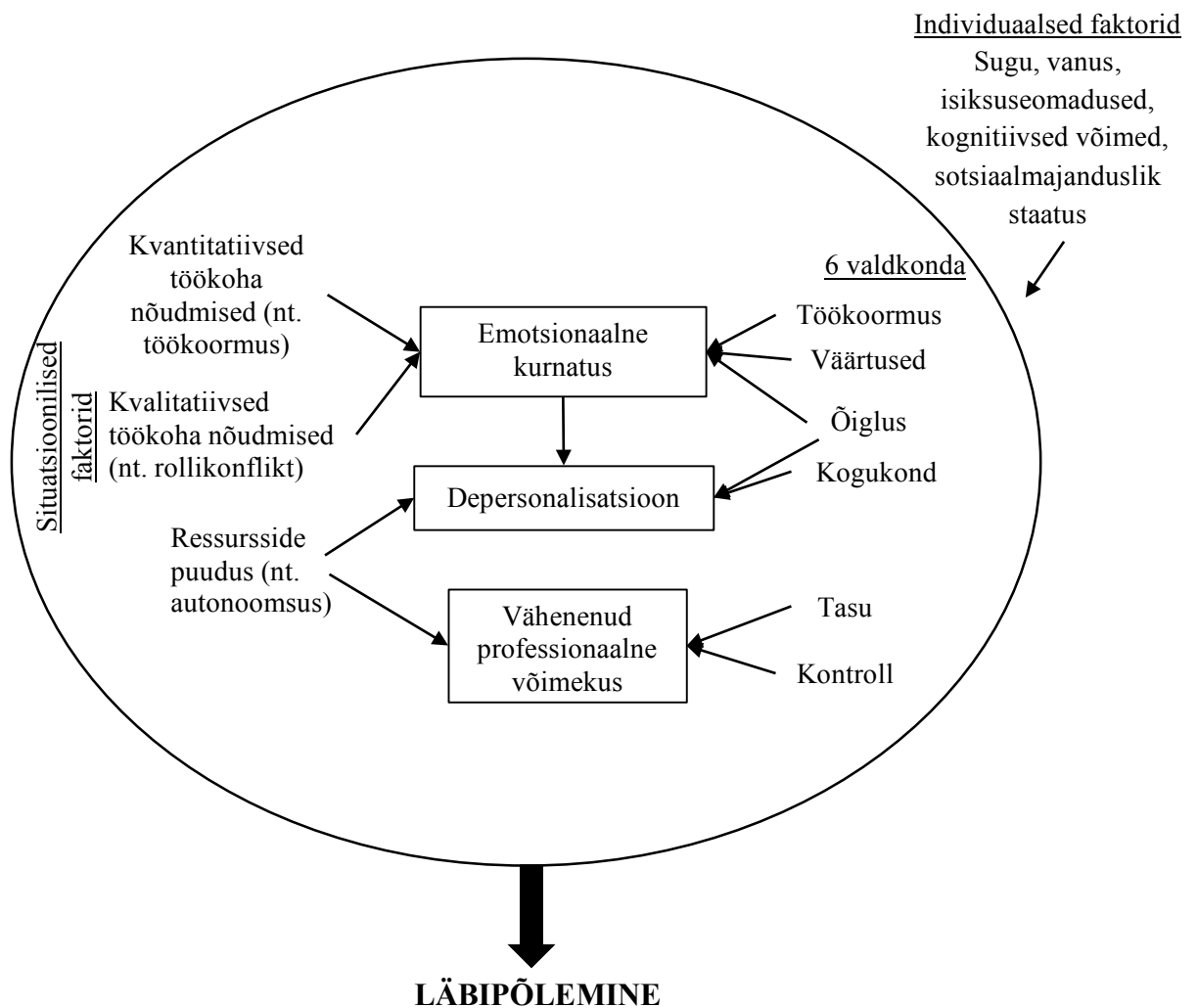
Esimene faktor, liigne *töökoormus*, võib lõpuks viia kurnatuseni, millest taastumine on võimatu. Eriti kurnav on emotsionaalne töö, kui see nõuab inimeselt välja näitama emotsioone, mis ei ole tema enda tunnetega kooskõlas. Töökoormus ongi üldiselt seotud läbipõlemise emotsionaalse kurnatuse dimensiooniga. Teiseks on ebakõla inimese ja *kontrolli* vahel töökohal, mis võib tuleneda sellest, et tal ei ole piisavalt ressursse oma tööd hästi teha või siis tal on liiga vähe autoriteeti tööülesannete täitmiseks. See on seotud professionaalse võimekusega. Kolmanda aspektina on vähene *tasu*, mis võib olla nii

finantsiline kompensatsioon või siis sotsiaalsed tasud nagu tunnustus, austus või uhkusetunne. Konflikt isiku ja tasude vahel toob endaga kaasa tunded ebaefektiivsusest. Neljas mittesobivus on seotud *kogukonnaga* ning kujuneb inimese ja kolleegide vahelise positiivse ühtekuuluvustunde puudumisel, mis võib viia frustratsiooni ja vaenulikkuseni. Viiendaks aspektiks on *õiglus* ning see mittesobivus kujuneb ebaõigluse tunnetamisel töökohal. Põhjustajaks võib olla võrreldes teistega erinev töökoormus või palk. Ilmneb, et tunded ebaõiglasest käitumisest toovad endaga kaasa kurnatuse ja küünilisuse. Kuuenda aspektina on välja toodud *väärtused*, mille ebakõla võib tulla isiku ja töökoha erinevatest arusaamadest ja normidest ning on seotud emotsionaalse kurnatusega. Arvatakse, et just väärtused mängivad kesket vahendavat rolli teiste valdkondade suhtes. Teine võimalus on, et indiviiditi mainitud valdkondade mõjud läbipõlemisele on erinevad. (Maslach et al 2001: 413–416)

Kõik eelnevalt arutletu läbipõlemise olemuse ja selle kujunemise kohta on kujutatud joonisel 2. Selgub, et emotsionaalne kurnatus on läbipõlemise olulisim aspekt ja et sellele järgneb depersonalisatsioon. Saab ka väita, et vähenenud professionaalse võimekuse tunne kujuneb välja teise kahe dimensiooniga võrreldes eraldiseisvalt. Ühtlasi ilmneb, et läbipõlemise võimalikke põhjuseid on väga mitmeid. Rolli mängivad ühelt poolt inimese enda poolsed tegurid nagu näiteks vanus, isikuomadused, kognitiivsed võimed ja sotsiaalmajanduslik staatus. Teiselt poolt omavad tähtsust töökohaga seotud aspektid nagu töö iseloom ja selle tegemiseks saadaval olevad vahendid ja suhted teiste inimestega.

Olles nüüdseks välja toonud, mida täpsemalt läbipõlemine endast kujutab ning kuidas see sündroom välja kujuneb, käsitletakse järgnevalt, kelle hulgas seda esineb ning mis see endaga kaasa võib tuua. Maslach, kes ongi läbipõlemise uurimise üks teerajajaid, märkas oma esialgsetes intervjuudes läbipõlemise erinevaid sümptomeid just sotsiaaltöötajate seas. Järjest süvenevate ajaliste, finantsiliste ja muude ressursside puudusel kujunesid neil välja emotsionaalne väsimus, närvilisus ja ükskõiksus klientide vastu (Maslach 1997: 192-193). Hilisemate uuringutega on ilmsiks tulnud, et nähtust esineb ka näiteks nii advokaatide (Tsai *et al.* 2009: 135), õpetajate (Van Maele, Van Houtte 2015: 103-104), sportlaste (Jowett *et al.* 2013; 51-55), tarkvaraarendajate (Sing *et al.* 2012; 83) ning

tervishoiusektoris nii arstide, meditsiiniõdede kui farmatseutide seas (Wong ja Cummings 2009: 13).



Joonis 2. Läbipõlemise kujunemine ja seda põhjustavad tegurid. Allikad: (autori koostatud Schaufeli, Enzmann 1998: 224; Hakanen *et al.* 2011: 352; Alacron *et al.* 2009: 224; Swider, Zimmerman 2010: 494; Maslach *et al.* 2001: 413–416; Leiter 1993: 245; Demerouti *et al.* 2001: 501-502; Bakker *et al.* 2000: 425–441; Lee, Ashforth 1996: 126 põhjal).

Tervishoiusektor ongi valdkond, mida läbipõlemisega seoses on kõige laialdasemalt uuritud. Tähelepanekud on alarmeerivad. USA-s sooritab erinevate uuringute põhjal keskmiselt iga-aastaselt keskmiselt 300-400 arsti enesetapu, mis on märkimisväärselt kõrgem võrreldes teiste ametitega (Gray 2009: 39). Suurel hulgal viidatud aastal 2012 USA-s läbiviidud MBI põhjal koostatud uuringus leiti, et võrreldes teiste ametitega on arstide seas läbipõlemine oluliselt laialdasemalt levinud. MBI küsimustiku põhjal saab jagada läbipõlemise erinevate dimensioonide esinemist kas madalaks, mõõdukaks või

kõrgeks. Ilmnes, et 46%-l arstidest esines kas kõrget läbipõlemise emotsionaalse kurnatuse või depersonalisatsiooni taset. Samas uuringus kõrvutati arstid ja üldpopulatsioon kasutades MBI lühendatud versiooni ning leiti mõnevõrra tagasihoidlikum, kuid siiski märkimisväärne tulemus, 38%-l arstidest esines nimetatud läbipõlemise sümptomeid kõrgel tasemel. Üldpopulatsioonil oli sama näitaja 28%-l. Siin uuringus professionaalse võimekuse dimensiooni ei hinnatud (Shanafelt *et al.* 2012: 1377–1385). USA andmeid arstide läbipõlemisest saab hästi kõrvutada uuringuga Euroopa 12 riigist, kuhu olid kaasatud Bulgaaria, Horvaatia, Prantsusmaa, Kreeka, Ungari, Itaalia, Malta, Poola, Hispaania, Rootsi, Türgi ja Suurbritannia perearstid. Samuti MBI küsimustiku põhjal, aastal 2008 publitseeritud uuringus näidati, et 43% vastanute hulgas esines kõrgel tasemel emotsionaalset kurnatust, 35% hulgas kõrgel tasemel depersonalisatsiooni ning 32% hulgas kõrgel tasemel vähenenud professionaalse võimekuse tunnet (Soler *et al.* 2008: 245-265). Aastal 2017 Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (PERH) teostatud küsitluse käigus selgus, et erakorralise meditsiini arstidest isegi pooled on läbipõlemise piiril (Riidas 2017). Tulemused küll mõneti erinevad üksteisest, kuid on näha, et läbipõlenud arstide määr jääb ühe kolmandiku kuni poole vahele. Siinkohal võib võimalike põhjustena välja tuua näiteks selle, et USA uuringu puhul ei ole eristatud arste erialati, kui Euroopa uuringusse on kaasatud vaid üldarstid ning PERH-i puhul viidi küsitlus läbi vaid erakorralise meditsiini arstide seas.

Läbipõlemisega kaasnevad tagajärjed mõjutavad nii arstide töö hakkama saamist, eraelu kui ka patsientide ravitulemusi ning üleüldist haigla kui organisatsiooni toimimist. Nii on näidatud, et läbipõlemise all kannatavate meditsiinitöötajate seas on laialt levinud mõnuainete kuritarvitamine (Oreskovich *et al.* 2012: 168), depressioon (Hakanen, Schaufeli 2012: 415), unehäired (Vela- Bueno *et al.* 2008: 435) ja enesetapumõtted (Shanafelt *et al.* 2011: 54). Eelnevaga kaasneb ka haigla kui terviku tõhususe langus personalivahetuse (Leiter, Maslach 2009: 331), töölt puudumiste (Davey *et al.* 2009: 312) ja varajaste pensionileminekute tõttu (Linzer *et al.* 2001: 170). Lisaks sellele on ka läbipõlemise tulemuseks ebaefektiivne patsientide ravi (Shanafelt *et al.* 2002: 358) ja tõsised meditsiinilised vead (Shanafelt *et al.* 2010: 995). Kokkuvõtvalt saab öelda, et läbipõlemist käsitatakse üldiselt kui kolmedimensionaalset sündroomi, milleks on emotsionaalne kurnatus, depersonalisatsioon ning vähenenud professionaalse võimekuse tunne. Kõik komponendid on omavahel seotud ning erinevatel määradel sõltuvad.

Läbipõlemine tekib enamasti ebakõlade tõttu töökohal ning seda mõjutavad ka inimese individuaalsed tegurid. Läbipõlemise tagajärjel langeb inimese töövõimekus ning võivad kaasneda olulised terviseprobleemid, mis on väga aktuaalsed ka arstide seas.

1.2. Juhi suhtes tajutud usalduse olemus, seda mõjutavad tegurid ning läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse omavahelised seosed

Teises alapeatükis kirjeldatakse usalduse mõistet üldiselt ja selle erinevaid arusaamasid. Seejärel uuritakse usalduse kujunemise erinevaid klassifikatsioone ning usalduse tähtsust. Järgnevalt keskendutakse juhi suhtes tajutud usaldusele. Tuginedes eelnevatele töödele, näidatakse, kuidas on usaldus teatud sotsiaalmajanduslike nähtuste ja protsesside eelduseks ning teatud protsesside tagajärjeks. Seejärel uuritakse usalduse rolli meditsiinis.

Viimastel aastakümnetel on usaldusest saanud teadusmaailmas oluline uurimisobjekt. On hakatud järjest rohkem mõistma selle nähtuse olulisust indiviidide, meeskondade ja organisatsioonide jaoks. Hulgaliselt on uuringutega näidatud, kuidas usalduse kasvades saavad inimesed omavahel paremini läbi, paranevad meeskonnatöö ja töösooritus. (Costa 2017: 1) Käesoleva magistritöö kontekstis on usaldus jagatud kaheks. Esimeseks on nii öelda tavaline usaldus, millega inimesed igapäevaselt oma elus kokkupuutuvad, ning teiseks organisatsiooniline usaldus. Omakorda on organisatsiooniline usaldus jaotatud kolmeks. Dietz ja Hartog (2006: 2-4) kohaselt on esmaseks intra-organisatsiooniline usaldus, milleks on usaldus töötajate ja juhtide vahel või siis usaldus kolleegide vahel. Antud töös keskendutakse usaldusele töötajate ja nende otseste juhtide vahel. Teiseseks on inter-organisatsiooniline usaldus, mis kujuneb organisatsioonide vahel. Kolmandana kirjeldatakse usaldust, mis on organisatsiooni ja klientide vahel.

Haiglal, mis on samuti organisatsioon, on usalduse kontekstis mõningased eripärad võrreldes teiste tööstusharudega. Välja on toodud viis peamist tervishoiuga seotud usalduse tasandit. Nendeks on patsientide usaldus arsti vastu, arsti usaldus patsiendi vastu, arstide usaldus teiste meditsiinitöötajate (siia kuuluvad nii teised arstid, õed, farmatseudid ja juhid) vastu, arstide usaldus institutsioonide (haigla, kindlustusfirmad jne.) vastu ning arstide usaldus informatsioonisüsteemide ja tehnoloogiate vastu. (Wilk,

Platt 2016: 76-77) Käesoleva magistritöö aluseks on arstide usaldus nende otseste juhtide vastu, kelleks on üldjuhul osakonnajuhatajad ning kes ka ise on praktiseerivad arstid. Analüüsimeks juhi suhtes tajutud usaldust arstide seas, on vajalik kõigepealt uurida usalduse mõistet ning selle kujunemist inimestevahelistes suhetes.

Järgnevalt tuuakse välja, analüüsitakse ning võrreldakse erinevaid usalduse definitsioone üldiselt ning seejärel keskendutakse juhi suhtes tajutud usalduse käsitlustele. Üheltpoolt on usaldus väga tavaline ja igapäevane nähtus, mille tähendus on justkui iseenesest mõistetav. Sellest hoolimata kipuvad uurijad olema selle kirjeldamisel tihti peale eri meelt. Tabelis 2 on välja toodud erinevate usalduse käsitluste omavahelised erinevused, millest ilmnevad just need olulisemad aspektid mida antud autorid oma on definitsioonides välja toonud. Nii tabelis kui ka kronoloogiliselt esimese, võrdlemisi lihtsakoelise sõnastuse, autoriks on Rotter (1971: 444), kes on sõnastanud, et usaldus on kui eeldus, et indiviid või grupp võib olla teise indiviidi või grupi sõnades või kirjapanekutes kindel.

Tabel 2. Erinevate usalduse käsitluste võrdlus

Käsitluse autor(id)	Eeldus/oootus/usk	Positiivsed kavatsused	Risk, haavatavus	Kindla-meelsus	Kompetents	Kalkuleeritud otsus	Pingutus	Prognositavus
1.Rotter (1971: 444)	+	-	-	+	-	-	-	-
2.Cook, Wall (1980: 39)	+	+	-	+	-	-	-	-
3.Lewicki <i>et al.</i> (1998: 439)	+	+	-	+	-	-	-	-
4.Rousseau <i>et al.</i> (1998:395)	+	+	+	-	-	-	-	-
5.Mayer <i>et al.</i> (1995:712)	+	-	+	-	-	-	-	-
6.McKnight, Chervany (2000:831)	+	+	-	-	+	-	-	+
7.Cohen, Dienhart (2013: 1)	-	-	+	-	-	+	-	-
8.Cummings, Bromiley (1996: 303)	+	+	+	-	-	-	+	-

Allikas: (autori koostatud tabelist esitatud allikate põhjal). Plussmärk tähendab, et teemat on vastavas allikas käsitletud ning miinusmärk tähendab, et teemat ei ole vastavas allikas käsitletud.

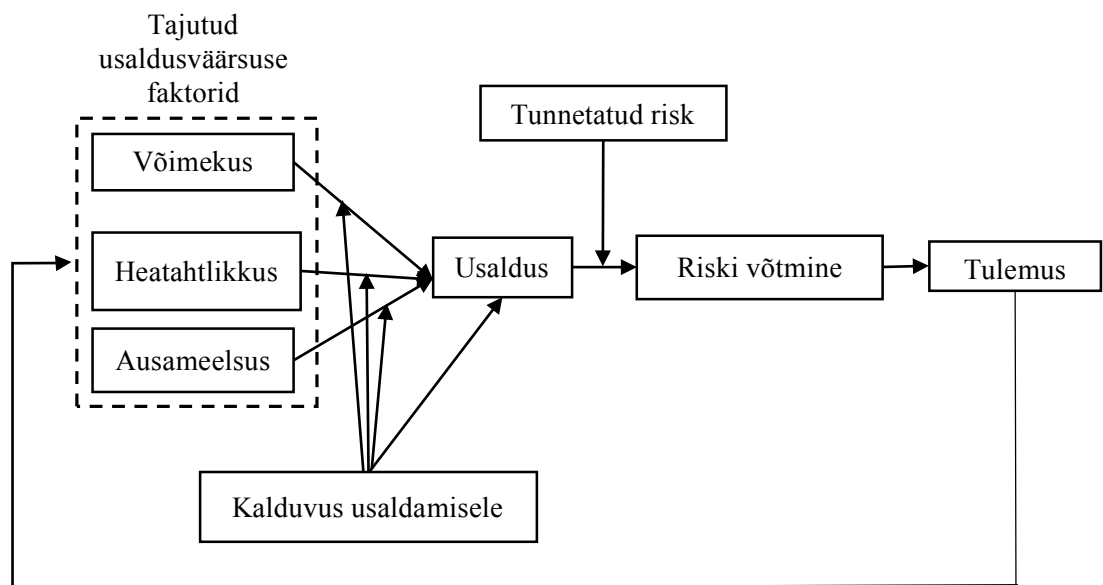
Üsna sarnaselt Rotterile viitab teise lähenemise kohaselt usaldus sellele, kuivõrd omistatakse teistele häid kavatsusi ning kuivõrd kindel ollakse teiste sõnades või tegudes (Cook, Wall 1980: 39). Siin on olulise täiendusena välja toodud just teise osapoole heade kavatsuste olemasolu, millega, nagu järgnevalt selgub, nõustuvad mitmed teised autorid. Nii on sõnastatud, et usaldus kujutab endast kindlameelseid positiivseid ootusi teiste tegudes (Lewicki *et al.*, 1998: 439). Lisaks eelnevale on positiivseid ootusi maininud oma töös Rousseau *et al.* (1998: 395), kes on defineerinud usaldust kui “psüühilist seisundit, mis koosneb valmidusest olla haavatav eeldusel, et teine inimene käitub temaga positiivselt või on tal tema suhtes positiivsed kavatsused.” Sellest definitsioonist kerkib esile järgmine väga tähtis usalduse aspekt, milleks on valmidus olla haavatav. Nii on samuti väitnud Mayer *et al.*, et usaldus on ühe osapoole valmidus olla haavatav teise osapoole tegudele, eeldusel, et see teeb midagi olulist usaldajale sõltumata võimalusest teda jälgida või kontrollida (Mayer *et al.* 1995, 712).

Kuigi kõiki eelnevaid usalduse definitsioone saaks kasutada ka juhi suhtes tajutud usalduse kontekstis, on ühtlasi välja pakutud just organisatsioonides esineva usaldusele sobivaid sõnastusi. Nii on näiteks väidetud, et inimestevaheline usaldus organisatsioonides, ehk siis ka usaldus juhti, on usk teise kompetentsi ja tema heatahtlikku soovi käituda ausameelselt ning prognoositavalt (McKnight, Chervany 2000: 831). Siin tuleb välja ettevõtluse kontekstis oluline nüanss- usk teise kompetentsi ja prognoositavusse. Magistritöö autori arvates võib heatahtlikku soovi ning ausameelsust käsitleda võrreldes eelnevas lõigus käsitletud käsitlustega positiivsete ootustena. Lisaks on teatud autorid usalduse puhul välja toonud riskantsuse olemasolu. Näiteks Cohen ja Dienhart väidavad, et usaldust juhti saab käsitleda kui kalkuleeritud otsust riskantses olukorras, mitte eeldust, ootust või usku nagu on eelnevad teadlased väitnud. Nii on Cohen ja Dienhart (2013: 1) sõnastanud, et usaldus oleks siin kontekstis strateegilise käitumise või läbimõeldud otsuste vastuvõtmise vorm olukordades, millega kaasneb risk ja haavatavus. Magistritöö autori arvates peaks antud aspekt kindlasti sisalduma juhi suhtes tajutud usalduse definitsioonis, kuna äriajamise puhul peaks olema usaldus enam kui lihtsalt tunne. Eelnevatega võrreldes on nüansirohkeim definitsioon, milles väidetakse, et usaldus on indiviidi või grupi üldine uskumus, et teine individ või grupp näeb heausklikult vaeva käitumaks vastavalt nii otseselt kui kaudselt antud lubadustele ja on aus mistahes läbirääkimistes, mis eelnesid nendele lubadustele ning ei kasuta liigselt

teist ära isegi kui selleks on võimalus (Cummings, Bromiley 1996: 303). Huvitava täiendusena ilmneb, et usalduse korral on uskumus, et teine osapool näeb lausa vaeva, et oma lubadusi pidada. Lisaks on välja toodud, et lubadused võivad olla antud nii otseselt kui kaudselt ning et usaldajat ei kasutata liigselt ära isegi võimaluse korral. Magistritöö autori hinnangul viitavad mainitud aspektid märkimisväärselt kõrgemate ootuste, lootuse ja usu olemasolusse, mis lisab oluliselt riski ja haavatavust ning võiksid äritegevusele teatud olukordades laastavalt mõjuda.

Eelnevatest usalduse definitsioonidest järeldeb, et läbiva tingimusena on eelduse, ootuse või usu olemasolu teise osapoolde, ilma milleta usaldus eksisteerida ei saa (vt tabel 2). Magistritöö autori meelest on see kui usaldajapoolne teadlik või mitteteadlik otsus, mis käitub kui käivitav jõud, millele järgnevad ülejäänud usalduse olemust kirjeldavad nüansid. Nendena on välja toodud teisepoolsete positiivsete kavatsuste ning riski või haavatavuse olemasolu. Nii on, nagu tabelist 2 võib näha, valitud kaheksast definitsioonist neljal neid aspekte mainitud. Usk teise inimese positiivsetesse kavatsustesse annabki magistritöö autori arvates usalduse olemusele tema sisu ning kirjeldabki just seda tunnet, mis tekib teist inimest usaldades. Riski või haavatavust on käsitletud tabelis 2 sarnase tunnusega, kuna usaldus eeldab alati mingil määral teadmatust ja just see teebki usaldaja usaldatava jaoks haavatavaks ning väljendub selles, kui tähendusrikas usaldus inimestevahelistes suhetes on. Positiivsed kavatsused ja kindlameelsus on küll oma olemuselt sarnased, kuid on siin käsitletud erinevate tunnustena, kuna näib, et definitsioonide autorid on siinkohal kasutanud kindlameelsust teatud juhtudel rõhutamaks positiivsete ootuste kaalu. Juhi suhtes tajutud usalduse puhul on veel eraldi välja toodud mõnede autorite puhul usk teise osapoolde kompetentsi või tegude prognoositavusse. Samuti on välja toodud, et usaldus on teadlik ja kalkuleeritud otsus.

Võttes kokku eelnevate autorite erinevad usalduse definitsioonid, võib kõige üldisemalt öelda, et usaldus on ühe osapool eeldus, et teine osapool käitub temaga positiivselt. Kuid millest sõltub, et usaldus üldse tekib või kui tugevalt see väljendub? On välja pakutud, et inimestel on olemas teatud kalduvus usaldamisele (*propensity to trust*), mis kujuneb välja usaldusega seotud situatsioonide ja kogemuste tulemusena ning väljendub suhteliselt stabiilse iseloomuomadusena (Rotter 1980: 2). Hilisemad uuringud on seda seisukohta korduvalt kinnitanud (Mayer *et al.* 2007: 345). Niisamuti on inimestel, keda usaldatakse, teatud usaldusväärsus, mida teised tajuvad (*perceived trustworthiness*) (vt joonis 3).



Joonis 3. Usalduse kujunemine. Allikas: (Mayer *et al.* 1995: 712).

Tajutud usaldusväärsus formuleerub kolme teguri koostoimel. Nendeks on võimekus (*ability*), heatahtlikkus (*benevolence*) ja ausameelsus (*integrity*) (vt joonis 3). Võimekus on usaldatava poolne oskuste komplekt, mille põhjal saab teda näiteks usaldada mingis kindlas kompetentsi omavas valdkonnas, kuid näiteks mitte valdkonnas, mida ta ei valda. Heatahtlikkus, nagu ka termini nimi ütleb, on usaldaja eeldus, et usaldataval on tema suhtes positiivsed kavatsused. Ollakse seisukohal, et heatahtlikud inimesed valetavad vähem. Ausameelsus kujutab endast usaldaja ootust, et usaldatav järgib teatud kindlaid ühiselt aktsepteeritud põhimõtteid. Kõik kolm nimetatut on usalduse kujunemisel tähtsad, üksteisega seotud, kuid võivad üksteisest sõltumatult varieeruda ning olla eraldatavad. See tähendab seda, et näiteks inimene võib olla ausameelne ja heatahtlik, kuid tal võib puududa teatud kompetents, mis tähendab, et tema suhtes tajutud usaldus saab selle tõttu

kannatada. (Mayer *et al.* 1995: 717-720) Järelikult on usaldus kujunemise eelduseks usaldaja kalduvus usaldamisele ja usaldatava usaldusväarsus.

Usalduse kujunemisel on järgnevalt oluliseks teguriks risk (vt joonis 3). Seda aspekti olid täpsemalt käsitlenud, nagu eelnevalt juttu oli, Rousseau *et al.* (1998: 395), Mayer *et al.* (1995: 712), Cohen ja Dienhart (2013: 1), Cummings ja Bromiley (1996: 303) (vt tabel 2 lk 22). Risk on äärmiselt oluline tegur usalduse kui terviku kontekstis. Riski rollis aga ollakse erinevatel arusaamadel. Üheks seisukohaks on, et risk on usalduse osa ning teiseks, et riski võtmine on usalduse tagajärg. Magistritöö autor nõustub Mayer *et al.* (1995: 712) väitega, et kellegi usaldamisega siiski usaldaja veel ei riski millegagi, vaid alles siis, kui ta käitub usaldusest lähtuvalt. Magistritöö autor leiab, et usalduse tekkimisel ja sellest lähtuvalt käitudes ning riski võttes usaldus alles täielikult väljendubki.

Eelnevat arutelu kokku võttes saab öelda, et usalduse kujunemine algab ühe inimese kalduvusest usaldamisele ning teise inimese tajutud usaldusväarsusest. Tajutud usaldusväarsuse faktoriteks on võimekus, heatahtlikkus ja ausameelsus. Usalduse lõpliku formuleerumise eelduseks on usaldaja tunnetatud risk ja sellest lähtuvalt käitumine.

Olles analüüsinud erinevaid usalduse definitsioone ning käsitlenud usalduse kujunemisega seotud aspekte, kirjeldatakse järgnevalt usalduse liigitamisega seotud arusaamasid. Peatüki alguses toodi välja, et on olemas tavaline usaldus ning juhi suhtes tajutud usaldus. Lisaks sellele üldisele jaotusele on olemas ka McAllister-i (1995: 25-44), Solomon-i ja Flores-i (2003: 52-128) ning Lewciki (2006: 1006-1007) klassifikatsioonid, mis on kokku võetud tabelis 3 ning mida käsitletakse detailsemalt järgnevates lõikudes.

Üheks levinuma usalduse liigituse autoriks ongi McAllister, kes jaotas inimestevahelise usalduse kaheks: afektiivne ehk emotsionaalne (*affect-based trust*) ja kognitiivne usaldus (*cognition-based trust*) (vt tabel 3). Käesoleva töö kontekstis tekib afektiivne usaldus töötaja ja juhi vahelistel emotsionaalsetel sidemetel ning põhineb huvil ja hoolivusel. Kognitiivse usalduse puhul teeb töötaja teadliku informatsioonil põhineva otsuse juhti usaldada ning see põhineb juhi usaldusväarsusel. Lisaks, afektiivse usalduse tekkimiseks peab olema mingil tasandil kognitiivne usaldus olemas olema (McAllister 1995: 25-44) Sellekohaselt on siis olemas kaks vastanduvat usalduse vormi: tunnetel põhinev usaldus ning teadlik usaldus.

Arsti afektiivne usaldus oma juhi vastu kujuneks siinkohal välja näiteks tema ja juhi personaalsete sidemete ning sellepõhjal, kuivõrd juht tema suhtes huvi ja hoolivust välja näitab ning mil määral juht talle meeldib. Kognitiivse usalduse korral kujuneks arsti usaldus juhi suhtes välja juhi eelnevate töötulemuste, võimekuse ning ühise koostöö põhjal. Calnan ja Rowe (2005: 15-18) on väitnud Suurbritannia näite põhjal, et ajalooliselt on arsti ja tema juhi vaheline usaldus peamiselt kujunenud emotsioonide ning juhi staatusel põhineva reputatsiooni toimet.

Tabel 3. Valitud usalduse klassifikatsioonid

McAllister (1995: 25-44)	Solomon ja Flores (2003: 52-128)	Lewicki <i>et al.</i> (2006:1006-1007)
Afektiivne usaldus	Primaarne usaldus	Kalkulatsioonil põhinev usaldus
<i>Kognitiivne usaldus</i>	Elementaarne usaldus	<i>Teadmistel põhinev usaldus</i>
	Naiivne usaldus	<i>Identifikatsioonil põhinev usaldus</i>
	<i>Autentne usaldus</i>	

Allikas: (autori koostatud tabelis esitatud allikate põhjal). Kursiivkirjas on väljendatud arsti ja tema otsese juhi vahelisi usaldusevorme, mille korral saavutatakse paremad ravitulemused.

Viimastel aastakümnetel on arstide ja nende juhtide vaheline usaldus muutunud enamjaolt teadlikuks ning kujuneb saavutustel, mitte enam pelgalt staatusel, põhineva reputatsiooni toimet. Kuna arstide juhid (peamiselt osakonnajuhatajad, kuid teatud juhtudel ka kliiniku juhatajad) on üldjuhul ka ise töötavad klinitsistid, siis nende niiöelda välja teenitud usaldus kujuneb tõestatud oskustel ja kompetentsil pidevalt uuenevate ravijuhendite, uuringute ja tehnoloogiatega kursis olemisel ning tema tehtud eelnevate strateegiliste otsuste põhjal. (Calnan ja Rowe 2005: 15-18) Magistritöö autori hinnangul ongi niisugune usalduse kujunemine antud kontekstis korrektne ja objektiivne.

Järgneva, mõnevõrra mitmetahulisema klassifikatsiooni, autoriteks on Solomon ja Flores (2003: 52-128), kes on jaganud usalduse neljaks. Nendeks on primaarne usaldus (*basic trust*), elementaarne usaldus (*simple trust*), pime usaldus (*blind trust*) ja autentne usaldus (*authentic trust*) (vt tabel 3). Primaarse usalduse aluseks on valmisolek luua lähedasi suhteid, sel puhul puuduvad inimestega kohtumisel liigsed kahtlused. Elementaarse usalduse puhul puuduvad kahtlused teise usaldusväärsuses ning otsustamine toimub alateadlikult. Naiivse usalduse korral usaldatakse teist osapoolt pimesi ning see säilib

isegi siis, kui usaldust on kuritarvitatud. Autentne usaldus baseerub valikutele ja vastutusele, selle puhul ollakse riskidest teadlik ning nendega arvestatakse, samas ei eelda see ranget reeglite järgimist. (Solomon, Flores 2003: 52-128) Iseenesest mõistetavalt on eduka koostöö ja nii mõõdetavate kui mittemõõdetavate tulemuste saavutamiseks vajalik osapoolte vaheline autentne usaldus. Seda nii tervishoius kui mistahes muus valdkonnas. Ühiste eesmärkide saavutamiseks peab arsti ja tema otsese juhi vahel olema usaldus, kuid see usaldus peab olema tekkinud teadlikel otsustel, mille aluseks on mõlemapoolsed eelnevad kogemused ning omavaheline kokkupuude kas otseselt või kaudselt.

Eraldi on veel välja pakutud organisatsioonides esineva usalduse liigitus, ja seda just usalduse formuleerumise seisukohast: kalkulatsioonil põhinev usaldus (*calculus-based trust*), teadmistel põhinev usaldus (*knowledge-based trust*) ja identifikaatsioonil põhinev usaldus (*identification-based trust*) (vt tabel 3). Kalkulatsioonil baseeruv usaldus esineb uutes inimestevahelistes suhetes, kellel puudub eelnev kokkupuude teineteisega. Seda tüüpi usalduse puhul arvutatakse välja kasu, mis tuleneb teise poole usaldamisest ja ise usaldusväärne olemast ning teadvustatakse riski, et kui usaldust kuritarvitatakse, siis võib kannatada saada usaldaja maine. Siinkohal on aluseks eeldus, et inimesed on pigem usaldusväärsed ning käituvad nii nagu nad lubavad.

Teadmistel põhinev usaldus kujuneb eelnevatel kokkupuudetel ja koostööl, kui juba on olemas piisav informatsioon mõistmaks teist osapoolt ning on võimalik tema käitumist ette ennustada. Identifikaatsioonil põhineva usalduse puhul määratakse kindlaks teise osapoole soovid ja kavatsused ning kujuneb inimeste vahel, kellel on sarnased väärtused ja moraalsed arusaamad. Usaldus tekib siin läbi empaatia, kuna mõistetakse ja austatakse üksteise tahtmisi ning võib areneda kuni staadiumini, kus võetakse teadlikke samme käitumaks kasulikult teise osapoole suhtes. (Lewicki *et al.* 2006: 1006-1007) Arstide ja nende juhtide vahelisi uuringud usalduse niisuguse formuleerumise kohta tervishoiu kontekstis magistratöö autorile teadaolevalt ei ole. Nauta ja von Grumbkow (2001: 3-4) uurisid teadmistel ja identifikaatsioonil põhinevat usaldust Hollandi arstide seas, küsitledes üldarste ning tervishoiuarste ning võrdles nende kahe eriala grupi omavahelist usaldust. Uurijad leidsid, et mõlema grupi puhul oli teadmistel põhineval usaldusel suurem roll ning identifikaatsioonil põhinev usaldus kasvas omavahelise kokkupuute suurenedes. Kuna arstid ja nende juhid üldiselt on eelnevalt üksteisega

kokkupuutunud ning mingisugune arusaam on teineteisest olemas, siis siin kontekstis kalkulatsoonilisel usaldusel on ilmselt väiksem roll. Magistritöö autori arvates võiks esineda arsti ja juhi vahel samal ajal paralleelselt kui ka ühtlasi läbipõimununa nii teadmistel ka ja identifikatsioonil põhinev usaldus. Haigla kontekstis puutuvad arstid ja nende juhid pea igapäevaselt kokku ning ollakse teadlik üksteise ravimeetoditest (konkreetsed ravijuhendid on küll olemas, kuid iga patsient ning haigusjuht on erinev ning harva on võimalik jõuda parima tulemuseni üks-ühele raamatus kirjutatud järgides), põhimõtetest ning teadusalastest saavutustest. Lisaks kui arst ja tema juht on valinud sama eriala ja töötavad päevast päeva sarnaste patsientidega ning seisavad silmitsi samasuguste probleemidega, siis võib eeldada, et ka identifikatsioonil põhineval usalduse tekkel on sobiv alus. See tähelepanek on ka kooskõlas eelnevalt mainitud Nauta ja von Grumbkow (2001: 3-4) leiuga, kus suurem arstidevaheline kontakt soodustab identifikatsioonil põhineva usalduse teket.

Eelnevat usalduse definitsioone, kujunemist ning liigitusi kokku võttes saab tõdeda, et usaldus on äärmiselt oluline nähtus nii igapäevaelus kui ka organisatsioonide puhul. Järgnevalt käsitletakse täpsemalt, kuidas alluva ja juhi vaheline usaldus mõjutab organisatsiooni toimimist. Juba rohkem kui 50 aastat tagasi märkas Argyris (1964: 347), et usaldusel on organisatsioonide kontekstis väga oluline roll. Hilisemate uuringutega on tema tähelepanekut korduvalt tõestatud. Uuringutest selgub, et suurem juhi usaldamine toob endaga kaasa nii kõrgema tööga rahulolu (Bisit, Duygulu 2018: 163; Rich 1997: 232-235) kui ka parema individuaalse töösoorituse (Rich 1997: 232-235) ja grupi töösoorituse (Dirks 2000: 1008). Ka organisatsiooniline pühendumus on kõrgem, kui alluv usaldab oma juhti (Brockner *et al.* 1997: 570). Lisaks on näidatud, et alluva kõrgema usalduse korral juhti on ta enam motiveeritud tegema asju, mida temalt otseselt ei paluta või mille eest talle otseselt ei maksta, kuid mis toovad organisatsioonile kasu (Deluga 1995: 8-10, Robinson 1996: 785-790). Veel enam, on leitud ka positiivne seos usalduse juhi vastu ja organisatsiooni käibe (Davis *et al.* 2000, viidatud Lewicki 2006: 992 vahendusel) ning ka kasumi (Simons, Parks 2002, viidatud Lewicki 2006: 992 vahendusel) vahel.

Alapunkti alguses toodi välja, et tervishoiu kontekstis on usaldusel viis tasandit, milleks on patsiendi usaldus arsti vastu, arsti usaldus patsiendi vastu, arstide usaldus teiste

meditsiinitöötajate vastu, arstide usaldus institutsioonide vastu ning arstide usaldus informatsioonisüsteemide ja tehnoloogiate vastu. Nendest on kõige laialdasemalt uuritud patsiendi usaldust arsti vastu, seda ilmselt seetõttu, et patsiendi usaldus arsti vastu on kriitiliseks eelduseks soovitud lõpptulemuse saavutamisel. Ühe uuringu kohasest on kõigist tervishoiu ja usaldusega seotud publikatsioonidest 81% (446-st uuritud artiklist 362 korral) juhtudest käsitletud just patsiendi usaldust arsti vastu (Wilk, Platt 2016: 77). Usalduse puudumisel võib näiteks patsient varjata ravi seisukohalt olulist delikaatset informatsiooni või siis keelduda ebakindluse tõttu teatud vajaminevatest uuringutest või protseduuridest. Sama, võrdlemisi värske ülevaatliku uurimustöö autorid tõdesid, et vaid üksikutel juhtudel oldi tervishoiu kontekstis uuritud, kuidas arstide usaldus tervishoiutöötajate vastu mõjutab arstide otsuste tegemist või patsientide ravi. Nad on välja toonud kahe erineva uuringu (Soine *et al.* 2013, Martin *et al.* 2014) tulemused, milles näidati, et olukorras, kus arst usaldab teist tervishoiutöötajat, väheneb vajadus kontrollida ja parandada teise osapoolte tehtud tööd. (Wilk, Platt 2016: 77)

Edasise arutelu hõlbustamiseks võetakse järgnevalt lihtsustatult kokku magistritöös seni analüüsitu. Enim aktsepteeritud, ja ka käesoleva töö aluseks olev, läbipõlemise definitsioon on välja pakutud Maslach *et al.* (1997: 192) poolt, mille kohaselt on läbipõlemine kolmedimensionaalne sündroom, mis koosneb emotsionaalsest väsimusest, depersonalisatsioonist ning vähenenud professionaalsest võimekusest. Usalduse mõiste on magistritöö autori arvates kõige paremini sõnastatud Cummings ja Bromiley poolt (1996: 303) ning sellest lähtutakse ka käesolevas töös. Antud definitsioonid kohaselt on usaldus indiviidi või grupi üldine uskumus, et teine indiviid või grupp näeb heausklikult vaeva käitumaks vastavalt nii otseselt kui kaudselt antud lubadustele ja on aus mistahes läbirääkimistes, mis eelnesid nendele lubadustele ning ei kasuta liigselt teist ära isegi kui selleks on võimalus. Läbipõlemist soodustavateks teguriteks on ühelt poolt inimese enda poolsed tegurid ning teiselt poolt töökohal esinevad pingutust nõudvad faktorid ning ressursside vähesus. Seni pole aga kirjeldatud läbipõlemise ja usalduse omavahelisi seosteseid. Järgnevalt analüüsitaksegi selleletemalist kirjandust.

Otsese läbipõlemise ja organisatsioonides esineva usalduse vahelise seose uurimine on teadusmaailmas võrdlemisi uus ning seda on suhteliselt vähe uuritud. Veelgi vähem on uuritud antud teemat tervishoiutöötajate hulgas ning täpsemalt arstide hulgas on tehtud

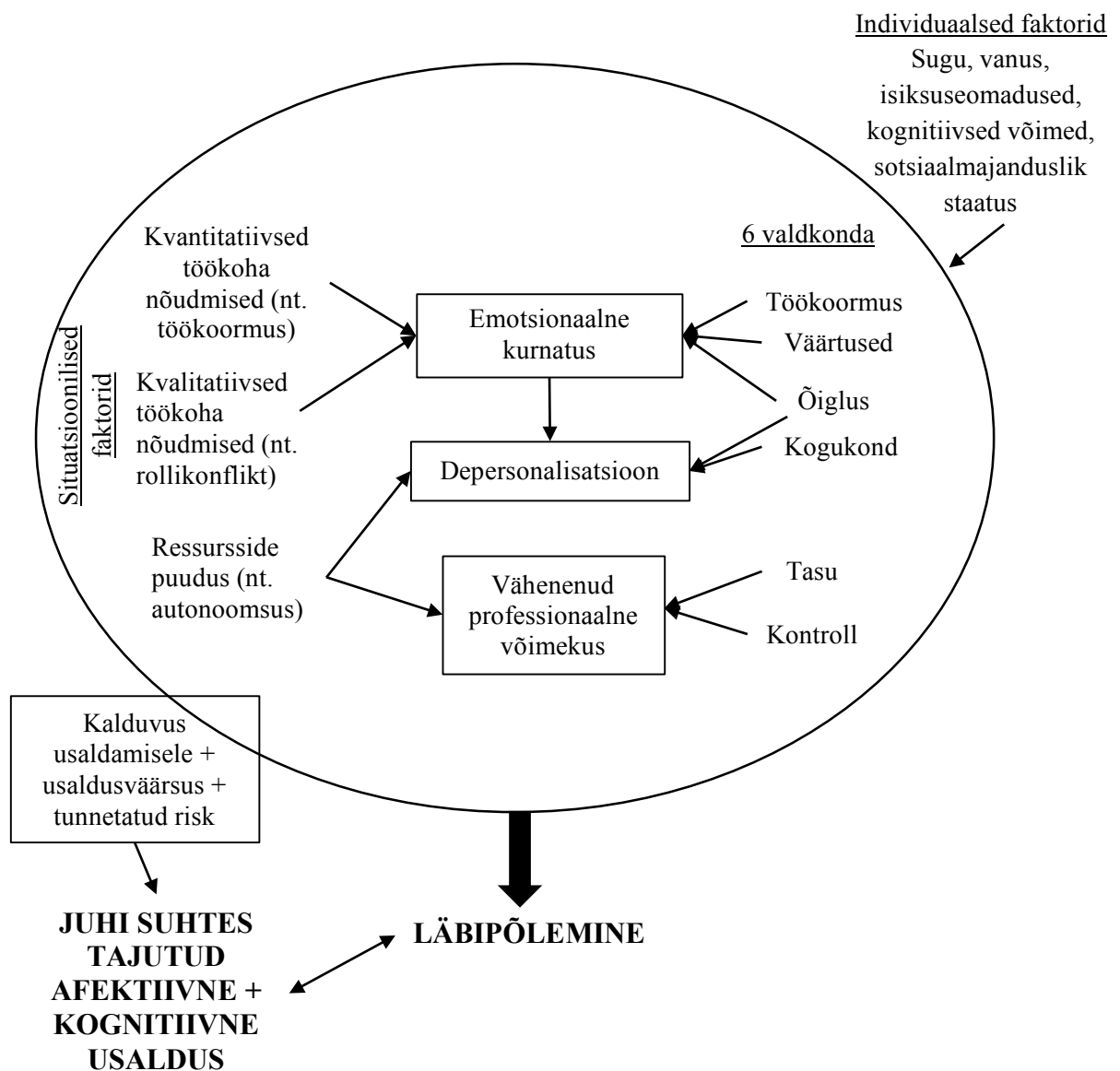
selleteemalisi uuringuid magistritöö autorile teadaolevalt vaid mõned, neid käsitletakse peatüki lõpus. Ollakse seisukohal, et läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse seos on seletatav Töökoha Nõudmiste-Ressursside (*Job Demands-Resources* ehk *JD-R*) mudeliga. Seda seetõttu, et see aitab töötajatel vähendada töökoha nõudmisi, täita personaalseid eesmärgi ning soodustada enesearengut. (Bakker, Demerouti 2007, viidatud Karapinar *et al.* 2016: 1958 vahendusel) Magistritöö autori arvates võib töötaja usaldust juhi vastu vaadelda kui sotsiaalset tuge, mis käitub ressursina vähendades töökoha kvalitatiivseid nõudmisi. Ühes sellega väheneb emotsionaalne kurnatus, ei oleks vajadust ennast energia säästmiseks inimestest distantseerida ning ühtlasi ei langeks professionaalne võimekus.

Noore arstina on autor isiklikult kogenud, et usaldades osakonnajuhatajat, toimub omavaheline kommunikatsioon märkimisväärselt lihtsamalt. Kui osakonnajuhataja tundub usaldusväärne, on teda oluliselt lihtsam näiteks keerulistes situatsioonides konsulteerida. Sellest saab otsest kasu esimesena patsient, kuna kiiretes ja tihti kriitilistes olukordades saab ühe telefonikõne abil olulist nõu, kui mingil hetkel oma teadmistest või kogemustest ei piisa. Ühtlasi aitab see kaasa nõu küsinud arsti enesearengule ja personaalsete eesmärkide täitmisele, kuna aastakümneid töötanud spetsialistil on pea alati midagi kasulikku patsiendi raviplaani lisada. Lisaks vähendab see töökoha nõudmisi soodustades rasketes olukordades toimetulekut, kuna noor arst ei saa ega peagi alati kõike teadma. Vastupidiselt vähese usalduse tõttu ühe telefonikõne tegemata jätmine võib põhjustada viivitusi või lausa vigu patsiendi ravis ning olla eelnimetatud põhjustel väheste kogemustega noorele arstile väga stressirohke.

Mahuka, 40-aasta vältel publitseeritud uuringute meta-analüüsil leiti, et kui juhi suhtes tajutud usaldus on madal, põhjustab see töötajas psühholoogilist kurnatust ning võib mõjutada inimese suhtumist oma töökohta (Dirks, Ferrin 2002: 613). Sarnaselt on ka teise meta-analüüsi käigus tõestatud, et juhi toetav suhtumine alluvasse vähendab läbipõlemist (Lee, Ashforth 1996: 124-125). Lisaks on näidatud, et kõrgema juhi-alluva suhte kvaliteedi korral on läbipõlemine väiksem (Lee *et al.* 2018: 58). Samasuunalisi tulemusi on hilisemalt leitud ka konkreetsemalt tervishoiuvaldkonnas juhi vastu tunnetatud usaldust ja läbipõlemist uurides. Ühes uuringus, millesse kaasati ühe grupina arstid, õed ning farmatseudid ja teise grupina administratiivset tööd tegevad spetsialistid, leiti, et

mõlema grupi puhul oli usaldusel kolleegide kui juhtkonna tervikuna ja läbipõlemisel negatiivne korrelatsioon (Wong, Cummings 2009: 13). Sarnasele järeldusele jõudis Laschinger (2001: 217), kes küsitles meditsiiniõdesid ning leidis, et kõrgem usaldus juhtkonna vastu seostub väiksema läbipõlemisega. Mõnevõrra erinevalt, käsitledes kolleegidevahelist usaldust, uurisid Simha *et al.* (2014: 493) meditsiiniõdede usaldust kolleegidesse, mitte juhtidesse, ja selle seost läbipõlemisega ning leidsid, et usaldus kolleegide vastu ja läbipõlemine korreleeruvad negatiivselt. Veel enam, ka näiteks ülikoolides töötavate õppejõudude hulgas on leitud sarnaseid seoseid. Kui õppejõud usaldavad oma juhtkonda, on nende hulgas läbipõlemine väiksem (Jiang, Probst 2015: 530). Ülikooli õppejõudude seas läbipõlemise ning usalduse organisatsiooni vastu üldisemalt näis olevat samuti vastassuunaline seos (Karapinar *et al.* 2016: 1964-1966). Samuti algklasside õpetajad, kes usaldavad koolidirektorit, on väiksema tõenäosusega läbi põlenud (Van Maele, Van Houtte 2015: 103-104). Selgub, et erinevaid huvigruppe uurides on jõutud sarnasele tulemusele- mida suurem on läbipõlemine, seda väiksem on usaldus ja vastupidi.

Magistritöö teoreetilise osa olulisimad aspektid on koondatud joonisele 4. Autori poolt tehtud analüüsi põhjal selgus, et läbipõlemine on kolmedimensionaalne sündroom, mille esimeseks ning tähtsaimaks osaks on emotsionaalne kurnatus. Sellele järgneb inimestest distantseerumine ehk depersonalisatsioon ning kolmas mõõde, vähenenud professionaalne võimekus, kujuneb eelnevast kahest välja eraldiseisvalt. Lisaks ilmnes, et läbipõlemist võivad põhjustada erinevad faktorid. Tähtsust omavad ühelt poolt inimese enda poolsed tegurid, nagu näiteks vanus, isiksuseomadused, kognitiivsed võimed ja sotsiaalmajanduslik staatus. Teiselt poolt on olulised töökohaga seotud aspektid nagu töö iseloom ja selle tegemiseks saadaval olevad vahendid ja suhted teiste inimestega. Veel enam, selgus, et arstidel esineb teiste ametitega võrreldes läbipõlemist oluliselt enam ning läbipõlemisega võivad kaasneda erinevad negatiivsed tagajärjed nii arstide enda, patsientide kui ka haiglate kui organisatsioonide jaoks.



Joonis 4. Läbipõlemise ning juhi suhtes tajutud usalduse kujunemine ning nendevaheline seos. ↔ - viitab vastassuunalisele seosele. Allikas: (autori koostatud Schaufeli, Enzmann 1998: 224; Hakanen *et al.* 2011: 352; Alacron *et al.* 2009: 224; Swider, Zimmerman 2010: 494; Maslach *et al.* 2001: 413–416; Leiter 1993: 245; Demerouti *et al.* 2001: 501-502; Bakker *et al.* 2000: 425–441; Lee, Ashforth 1996: 126; Mayer *et al.* 1995:712; Wong, Cummings 2009: 13; Laschinger 2001: 217; Jiang, Probst 2015: 530 põhjal).

Usaldust uurides jõuti käesolevas töös järeldusele, et juhi suhtes tajutud usaldus on töötaja uskumus, et tema juht käitub temaga heausklikult ja peab oma lubadustest kinni ning ei

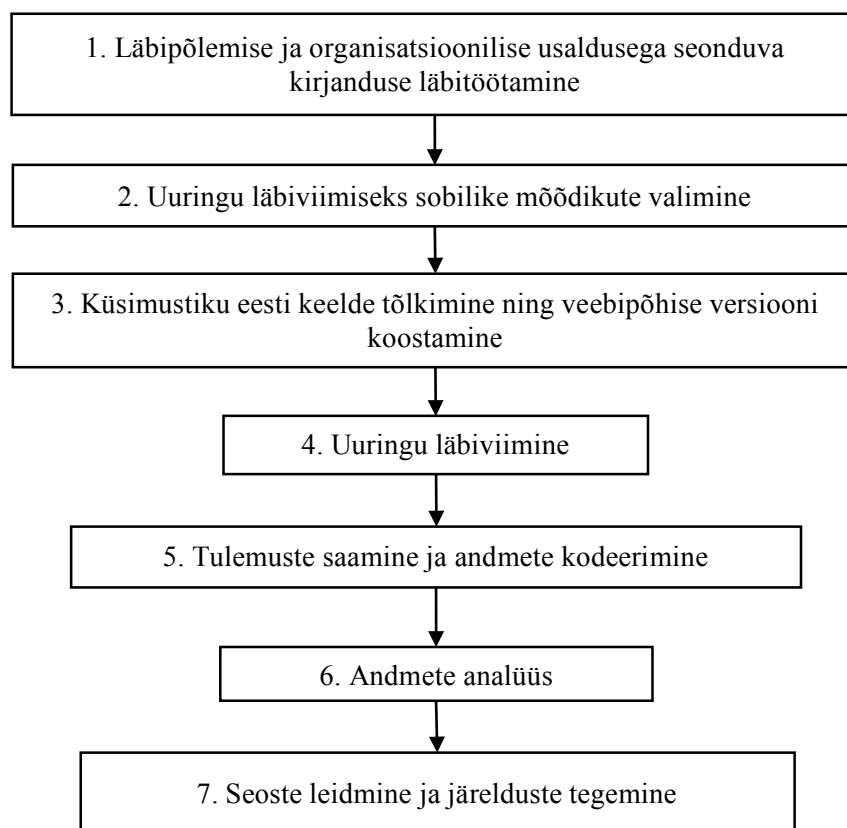
kasuta teda ära. Juhi suhtes tajutud usalduse aluseks on töötaja kalduvus usaldamisele ning tema juhi usaldusväärsus, mis eeldab usaldamisest tulenevate riskide teadvustamist. Samuti jõuti järeldusele, et arsti ja tema otsese juhi vahelistes professionaalsetes suhetes omab afektiivse ehk emotsionaalse usalduse kõrval tähtsamat rolli just kognitiivne ehk teadvustatud usaldus. Lisaks veel, kuigi uuringuid läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse kohta on siiani publitseeritud vähe, siis saadaval oleva informatsiooni kohaselt võib järeldada, et neil kahel nähtusel on vastassuunaline seos. Teisisõnu, mida vähem on juhi suhtes tajutud usaldus, seda suurem on läbipõlemine ja vastupidi.

2. LÄBIPÕLEMISE JA JUHI SUHTES TAJUTUD USALDUSE SEOS EESTI ARSTIDE SEAS

2.1. Valimi ja metoodika kirjeldus

Käesolevas magistritöö alapeatükis selgitatakse uuringus kasutatud andmete kogumise protsessi, uuringu läbiviimise metoodikat ning andmete korrastamise põhimõtteid. Välja tuuakse küsimustikud ning valimi moodustamise ning tulemuste analüüsimiseks kasutatud vahendeid ja metoodikat. Lisaks esitatakse vastanute sotsiaal-demograafilise jaotumise statistika.

Magistritöö empiirilise osa läbiviimine jaotati seitsmeks etapiks ning kogu protsess on kujutatud magistritöö autori koostatud joonisel 5. Lähemalt käsitletakse neid järgnevalt.



Joonis 5. Magistritöö empiirilise osa teostamise etapid. Allikas: (autori koostatud).

Tuginedes analüüsitud teooriale, valiti uuringu läbiviimiseks sobilikud mõõdikud läbipõlemise ja juba täpsemalt juhi suhtes tajutud usalduse mõõtmiseks. Laialisaadetud küsimustik koosneb 40 küsimusest ning kolmest alaosast (vt lisa 1). Esimesed 22 küsimust on läbipõlemise kohta, järgnevad 12 küsimust on juhi suhtes tajutud usalduse kohta ning 6 küsimust sotsiaal-demograafiliste tunnuste kohta. Läbipõlemise uurimiseks valiti Maslach-i poolt aastal 1997 poolt välja töötatud ja sotsiaaltöötajate jaoks sobivaks tehtud Maslachi Läbipõlemise Mõõdik (*Maslach Burnout Inventory: Human Services Survey*, MBI-HSS). See baseerub laialdaselt aktsepteeritud läbipõlemise definitsioonil, mille kohaselt on see kolmedimensionaalne sündroom, mis koosneb emotsionaalsest väsimusest, depersonalisatsioonist ja vähenenud professionaalsest võimekusest isikutel, kes oma töös puutuvad mingil määral kokku inimestega.

Uuriti ka teisi läbipõlemise mõõdikuid ja kaaluti nende kasutamist uuringus. Näiteks *Burnout Measure* (BM) kirjeldab läbipõlemist kui üksnes erinevat tüüpi väsimust. Autorid hakkasid hiljem kirjeldama läbipõlemist kui sündroomi, milles esinevad sümptomitena koos abituse, lootusetuse, lõksu püütuse tunne, entusiasmi langus, ärritus ja enesehinnangu langus (Pines 1993: 819). Kuna ilmnes, et BM küsimustik oli oma olemuselt ühedimensionaalne ning antud teadlaste välja pakutud läbipõlemise definitsioon multidimensionaalne, siis on teadusmaailmas ette heidetud nende omavahelist ebakõla (Schaufeli, Enzmann 1998: 224). Seetõttu on BM olnud hiljem kasutusel psühholoogilise koormuse indeksina, mitte läbipõlemise mõõdikuna, mis hõlmab füüsilist kurnatust, emotsionaalset väsimust, depressiooni, ärevust ja alanenud enesehinnangut (Schaufeli ja Dierendonck, 1993: 631-647).

Lisaks on olemas läbipõlemise kirjeldamiseks ka Shirom aastal 1989 poolt välja töötatud Shirom-Melamed Läbipõlemise Mõõdik (*Shirom-Melamed Burnout Measure*, S-MBM). Läbipõlemist käsitletakse siin kui seisundit, mida kirjeldab füüsilise, emotsionaalse ja kognitiivse energia lõppemine. S-MBM põhineb iseenesest Hobfoll'i *Conservation of Resources* (COR) ehk ressursside säilitamise teoorial (1998). See väidab, et inimesed on oma olemuselt motiveeritud hankima, säilitama ja kaitsma asju, mida nad väärtustavad. Nendeks asjadeks on ressursid, ja antud kontekstis just energeetilised ressursid, mis omakorda jagunevadki füüsiliseks, emotsionaalseks ja kognitiivseks energiaks. Läbipõlemine on seega kombinatsioon füüsilisest väsimusest ning emotsionaalsest ja

kognitiivsest kurnatusest (Hobfoll ja Shirom 2000: 807). COR teooriat eristab läbipõlemise kolmedimensionaalse mudelist iseärasus, et kirjeldades nähtust üksnes kui energia lõppemist, jätab see täielikult käsitlemata depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse dimensioonid.

Oldenburg Läbipõlemise Mõõdik (*Oldenburg Burnout Inventory*, OLBI) on töötatud välja Demerouti *et al.* poolt aastal 2002 (Demerouti *et al.* 2002: 296-307). See baseerub küll MBI-l, kuid sisaldab kolme asemel kahte dimensiooni: kurnatus ja eemaldumine ehk depersonalisatsioon. Seda peamiselt seetõttu, et professionaalse võimekuse dimensioon on näidatud olema rohkem seotud näiteks töörahulolu ja organisatsioonilise pühendumusega (Lee, Ashforth 1996: 123-133). Väidet toetavad ka eelnevalt mainitud uuringud, kus on selgelt näidatud kurnatuse ja depersonalisatsiooni vaheline seos, kuid vähenenud professionaalne võimekus on justkui eraldiseisev ja kujuneb välja eraldi.

Samuti on argumenteeritud, et definitsioon, millel MBI põhineb, väidab et läbipõlemine on kolme selle dimensiooni koosesinemine, kuid MBI mõõdab neid iseseisvalt. Selle kohaselt oleks kui üks kontseptsioon kuid kolm erinevat mõõdikut. Veel enam, on ette heidetud, et depersonalisatsioon on eraldiseisev toimetulekumehhanism ja vastus stressile, mitte sündroomi enda osa. Samale loogikale põhinedes on väidetud, et vähenenud professionaalne võimekus on hoopis pikaajase stressi tagajärg. Eelnevatele seisukohtadele tuginedes on pakutud välja küsimustik Kopenhaageni Läbipõlemise Mõõdik (*The Copenhagen Burnout Inventory*, CBI), mis põhineb just kurnatusel ning koosneb kolmest alaosast: personaalne läbipõlemine, tööga seotud läbipõlemine ja klientidega seotud läbipõlemine. (Kristensen *et al* 2005: 192–207) MBI-HSS valiti antud uuringusse, kuna see on loodud just sotsiaalsel erialadel töötavate inimeste jaoks ning põhineb definitsioonil, mis on autori arvates kõige selgemini sõnastatud. Lisaks kirjeldab see hästi läbipõlemise omadust läbi tema kolme dimensiooni ning lisab, et see kujuneb inimestel, kes puutuvad oma töös kokku inimestega.

Juhi suhtes tajutud usalduse mõõdiku valimine nõudis mõnevõrra vähem eeltööd. Analüüsiti erinevaid organisatsioonilise usalduse mõõdikuid. On välja töötatud kolleegidevahelise usalduse uurimise mõõdikud, mis hindavad näiteks eraldi täpsemalt usaldusväärstust või kalduvust usaldada või usaldusega seotud riski. Erinevad mõõdikud on olemas hindamaks kolleege, alluvaid, juhte, gruppe või organisatsioone. (Costa 2017:

3) Kuna sooviti keskenduda just juhi suhtes tajutud usalduse afektiivsele ja kognitiivsele komponendile, otsustati kasutada Cummings ja Bromiley poolt aastal 1996 koostatud Organisatsioonilise Usalduse Mõõdiku (*Organizational Trust Inventory*, OTI) lühikest versiooni (*Organizational Trust Inventory-Short Form*, OTI-SF). Pikas versioonis sisalduvad nii afektiivse, kognitiivse ja käitumusliku usalduse komponendid, lühikesest versioonist on käitumuslik komponent välja jäetud. Varasemate uuringute ja teooria parema kõrvutamise eesmärgil sooviti antud töös uurida just afektiivset ja kognitiivset usalduse komponenti. OTI valimise kasuks rääkis ka asjaolu, et see põhineb magistritöö autori hinnangul laiahaardelisimale usaldust käsitlevale definitsioonile. Selle kohaselt on usaldus indiviidi või grupi üldine uskumus, et teine indiviid või grupp näeb heausklikult vaeva käitumaks vastavalt nii otseselt kui kaudselt antud lubadustele ja on aus mistahes läbirääkimistes, mis eelnesid nendele lubadustele ning ei kasuta liigselt teist ära isegi kui selleks on võimalus (Cummings ja Bromiley 1996: 303). Originaalis oli küsimustik mõeldud uurimaks tajutud usaldust organisatsiooni suhtes ning magistritöö autor muutis töö käigus küsimustiku juhi uurimise jaoks sobivaks (vt lisa 1).

Järgnevalt tõlgiti inglisekeelsed küsimused eesti keelde. Tõlkimise viis läbi magistritöö autor ning küsimuste arusaadavuse kontrollimiseks saadeti see neljale uuringus mitteoalevale kõrvalisele inimesele, kelle hulgas oli üks keskharidusega, üks bakalaureuse kraadiga ning kaks magistrikraadiga inimest. Lisaks oli ühel inimesel neljast emakeeleks vene keel, mis lisas kindlust, et ka peamiselt vene keelt kõnelevate inimeste jaoks lihtsamad kõnekäänulised väljendid võiksid olla mõistetavad. Vastavalt tähelepanekutele ja soovitudele tehti korrektuurid. Tõlkimise järgselt koostati veebi-põhine küsimustik kasutades rakendust Google Forms.

Käesoleva magistritöö valimi moodustasid Eesti haiglates töötavad arstid ja arst-residendid. Küsimustik saadeti haiglas töötavate vastava ala spetsialistide kaudu nende poolt eelnevalt heakskiidu saanuna haiglate sisemistesse postiloenditesse, kuhu kuulusid vaid arstid ning arst-residendid. Anonüümsuse kaalutlustel magistritöös ei tooda välja, millistesse haiglatesse küsimustikud saadeti. Samuti oli magistritöö eesmärk uurida läbipõlemist ja juhi suhtes tajutud usaldust arstide kui konkreetse ameti esindajate seas, mitte seoses organisatsiooni ehk haiglaga või osakonnaga, kus ta töötab. Küsitlus toimus vahemikus 26. märts kuni 11. aprill aastal 2018. Vastajatele selgitati uuringu eesmärki,

sellest saadavat potentsiaalset kasu ning toonitati anonüümsust. Vastamiseks kulus hinnanguliselt keskmiselt alla 10 minuti.

Seejärel toimus andmete kogumine ja tulemuste kodeerimine. Valimi sotsiaaldemograafilised andmed on välja toodud tabelis 4. Kokku osales antud uuringus 201 arsti ja arst-residenti. Tervise Arengu Instituudi andmetel oli Eestis töötavaid arste aastal 2016 kokku 4548 (Tervishoiutöötajad...2017). Käesolevasse uuringusse on kaasatud seega 4,4% kõigist Eestis töötavatest arstidest. Tabelist selgub, et ligikaudu kolm neljandikku vastajatest olid naised. Saadud tulemus ühtib ka üldise statistikaga, Eestis töötavatest arstidest olid 2016 aasta seisuga 74% naised.

Suurim osa vastajatest olid 30-aastased või nooremad, väikseim osa 61-aastased või vanemad. Vastavad vanusevahemikud valiti lähtuvalt sellest, et kuni 30-aastased arstid on oma õpingutega jõudnud kas residentuuri lõpetamiseni või on just residentuuri lõpetanud. Residentuuri ajal vahetuvad üldjuhul nii osakonnad kui ka haiglad, kus noored arstid töötavad, ning samuti ka kolleegid. Need iseärasused võivad olla väljakutseks just ameti esimestel aastatel. Järgneva kümne aasta jooksul ollakse tõenäoliselt jäänud püsima juba kindlale töökohale ning eelnevalt mainitud teguritel on väiksem osatähtsus. Ühtlustamise eesmärgil valiti ka järgnevad vahemikud kümne aasta kaupa.

Kõige suurem osa vastajatest olid kuni viie aastase tööstaažiga, neile järgnesid 6-10-aastase tööstaažiga vastajad ning ka võrdlemisi suur osakaal võrreldes teistega oli pika, 31 aastase või pikema tööstaažiga vastajatel. Tööstaaži vahemike valimisel lähtuti samadest eeldustest nagu vanusevahemike korral. Esimese viie aastaga ollakse residentuuri lõpetamas või just residentuuri lõpetanud. Ka siin jäadi edasipidi ühtlustamise eesmärgil võrdsete vahemike juurde.

Regulaarne kellajast kellaajani tööaeg oli kõige levinum ning üsna võrdsete osakaaludega oli tööaeg, kus regulaarsele graafikule lisanduvad kas 12-tunnine, 24-tunnine valve või mõlemad. Ainult valvetööd tegevaid arste oli vastajate hulgas üksikuid. Levinuimaks töökoormuseks oli 1 ehk täiskoormus, sellele järgnesid vastavalt 1,25-kohaline ja 1,5-kohaline töökoormus.

Tabel 4. Uuringus osalejate sotsiaal-demograafilised andmed

		Vastajate arv	Vastajate osakaal vastava tunnuse lõikes
Sugu	Naine	153	76,1%
	Mees	48	23,9%
Vanus	30 või noorem	77	38,3%
	31-40	40	19,9%
	41-50	36	17,9%
	51-60	30	14,9%
	61 või vanem	18	9%
Tööstaaž	Kuni 5 aastat	78	38,8%
	6-10 aastat	32	15,9%
	11-15 aastat	21	10,4%
	16-20 aastat	17	8,5%
	21-25 aastat	16	8,0%
	26-30 aastat	12	6,0%
	31 aastat või rohkem	25	12,4%
Tööaeg	Regulaarne kellaajast kellajani	78	38,8%
	Valve 12h	2	1,0%
	Valve 24h	4	2,0%
	Regulaarne kellaajast kellajani ja valve 12h	42	20,9%
	Regulaarne kellaajast kellajani ja valve 24h	30	14,9%
	Regulaarne kellaajast kellajani ja valved 12h ja 24h	32	15,9%
	Valved 12h ja 24h	5	4,0%
	Info puudub	8	2,5%
Töökoormus	0,25	1	0,5%
	0,5	5	2,5%
	0,75	10	5,0%
	1	97	48,3%
	1,25	53	26,4%
	1,5	28	13,9%
	Info puudub	7	3,4%

Allikas: (autori koostatud küsitluse tulemuste põhjal).

Saadud andmed kodeeriti tarkvaraprogrammi Microsoft Exceli abil nii, et igale vastusele vastaks üks number sõltuvalt sellest, mitu vastusevarianti oli. Originaalküsimustiku osas emotsionaalse kurnatuse ja depersonalisatsiooni alasklaala väidete küsimuste vastustel kõrgem pall väljendab suuremat läbipõlemise taset ning professionaalse võimekuse

alaskaala väidete korral väljendab madalam pall kõrgemat läbipõlemise taset. Seetõttu pöörati kodeerimisel professionaalse võimekuse alaskaala väited ümber, et kõrgem pall väljendaks siin samuti kõrgemat läbipõlemise taset. Sarnaselt usalduse osas väljendasid teatud küsimuste vastuste madalamad pallid kõrgemat usalduse taset ning seetõttu pöörati kodeerimisel ka need väited ümber nii, et kõrgem pall väljendaks siin samuti kõrgemat usalduse taset.

Lähtuvalt eelnevalt kirjeldatud teooriale jagati läbipõlemise skaalad kolmeks faktoriks ning usalduse skaalad kaheks faktoriks ja seejärel teostati reliaablusanalüüs Cronbachi alfa näol:

- Emotsionaalne kurnatus $\alpha = 0,9$;
- Depersonalisatsioon $\alpha = 0,81$;
- Vähenenud professionaalne võimekus $\alpha = 0,75$;
- Afektiivne usaldus $\alpha = 0,92$;
- Kognitiivne usaldus $\alpha = 0,94$.

Vahemikku $0,7 < \alpha \leq 0,8$ loetakse vastuvõetavaks, vahemikku $0,8 < \alpha \leq 0,9$ loetakse heaks ja $\alpha \geq 0,9$ loetakse väga heaks (DeVellis 2012, viidatud Singh 2017: 798 vahendusel). Seega on töös kasutatud küsimustiku reliaablused sobiva suurusega.

Kodeeritud andmete statistiline analüüs teostati kasutades tarkvaraprogrammi SPSS 23.0. Statistilise analüüsi meetoditest kasutatakse kirjeldavaid statistikuid – faktorite keskmine, mediaan, standardhälve ja variatsioonikordaja.

Leidmaks seoseid läbipõlemise ja otsese juhi suhtes tajutud usalduse vahel kasutati korrelatsioonanalüüsi. Korrelatsiooni tugevuse hindamiseks lähtuti Spearmani korrelatsioonikordajast. Nõrga seose puhul $\rho < 0,3$, keskmise tugevusega seose puhul $\rho = 0,3-0,7$, tugeva seose puhul $\rho > 0,7$ (Parring *et al.* 1997: 190).

Täiendavalt viidi läbi ka mitteparameetriline dispersioonanalüüs. Seda selleks, et teada saada, milliste taustatunnustega vastajad on potentsiaalselt suurema läbipõlemise määraga ja millistes gruppides on madalam usaldus. Tänu sellele on võimalik läbipõlemise vähendamiseks ja usalduse suurendamiseks pöörata tähelepanu just selles

osas tundlikemale gruppidele. Kuna valim ei vastanud normaaljaotusele, kasutati erinevuste väljaselgitamisel mitteparametrilisi teste, kahe grupi võrdlusel Mann-Whitney U testi ja kolme või enama grupi võrdlemisel Kruskal Wallis H testi. Analüüs viidi läbi olulisuse nivool 0,05.

2.2. Läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse omavahelised seosed ning eripärad sõltuvalt sotsiaal-demograafilistest tunnustest

Käesolevas alapeatükis tuuakse välja kõigepealt kirjeldavad statistikud läbipõlemise ja usalduse faktorite lõikes, et teada saada nähtuste üldine ülevaade ja seejärel teostatakse faktoritevaheline korrelatsioonanalüüs leidmaks seosed läbipõlemise hinnangute ja usalduse tajumise vahel. Olulise taustainfona tuuakse välja ka ka läbipõlemise taseme ja usalduse erinevused sotsiaal-demograafiliste tunnuste lõikes.

Levinud praktika järgi liidetakse läbipõlemise faktorite lõikes kõikide küsimuste pallid kokku ning saadakse skoor, mis väljendab madalat, mõõdukat ning kõrget läbipõlemise taset (vt tabel 5) (Maslach 1997: 191-218, viidatud Maiste 2005: 40-41 vahendusel). Kuna vahemikud on üsnagi tehnilikud, siis ei soovitata nendest jäigalt kinni pidada ning pigem suhtuda neisse kui kaudsetesse orientiiridesse (Schaufeli 2009: 213). MBI-HSS küsimustik on originaalis esitatud samuti seitsme palli süsteemis, kuid skaalal 0-6. Käesolev uuring teostati tehnilistel kaalutlustel, kasutades skaalat 1-7, seega arvutamaks läbipõlemise skoori, tuleb mediaanist lahutada üks ning seejärel korrutada vastavalt faktorile selle küsimuste arvuga.

Tabel 5. Läbipõlemise faktorite skaalad

Faktor	Madal läbipõlemine	Mõõdukas läbipõlemine	Kõrge läbipõlemine
Emotsionaalne kurnatus	≤16	17-26	≥27
Depersonalisatsioon	≤6	7-12	≥ 13
Vähenenud professionaalne võimekus	≤31	32-38	≥39

Allikas: (Maslach 1997: 191-218, viidatud Maiste 2005: 40-41 vahendusel).

Tabelis 6 on toodud kirjeldavad statistikud läbipõlemise faktorite lõikes. Selgub, et ligikaudu keskmiselt mõni kord kuus esineb vastajate hulgas emotsionaalset kurnatust,

ligikaudu kord kuus või vähem depersonalisatsiooni ning vähenenud professionaalset võimekust ligikaudu mõni kord aastas. Esmapilgul ei pruugigi näitajad ehk olla alarmeerivad, kuid kui vaadata lähemalt testi autori väljapakutut tulemuste kategoriseerimiseks (vt tabel 5), siis olukord mõneti muutub. Emotsionaalse kurnatuse puhul viitab skoor mõõdukale, peaaegu kõrgele läbipõlemisele. Depersonalisatsiooni korral saadakse tulemuseks mõõdukas läbipõlemine ja vähenenud professionaalse võimekuse korral madal läbipõlemine. Seega suurimaks probleemiks läbipõlemise faktorite lõikes võib pidada emotsionaalset kurnatust.

Tabel 6. Kirjeldav statistika läbipõlemise faktorite lõikes (n=201)

Faktor	Aritmeetiline keskmine	Mediaan	Standardhälve	Variatsiooni-kordaja (%)	Skoor
Emotsionaalne kurnatus	3,9	3,9	1,3	33,3	26
Depersonalisatsioon	3,1	3,0	1,4	45,2	10
Vähenenud professionaalne võimekus	2,3	2,1	0,8	34,8	9

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal. Skaala 1-7: 1- mitte kunagi, 2- mõni kord aastas, 3- kord kuus või vähem, 4- mõni kord kuus, 5- kord nädalas, 6- mõni kord nädalas, 7- iga päev).

Juhi suhtes tajutud usalduse mõõtmisel kasutati käesolevas magistritöös OTI-d. Vastusevariandid on seitsme palli skaalas ning kõrgem pall väljendab suuremat usaldust. Küsitluse tulemusel selgus, et Eesti arstide usaldus juhti on pigem kõrge ning et afektiivse ja kognitiivse usalduse faktorite mediaanid on samaväärsed (vt tabel 7).

Tabel 7. Kirjeldav statistika usalduse faktorite lõikes (n=201)

Faktor	Aritmeetiline keskmine	Mediaan	Standardhälve	Variatsiooni-kordaja (%)
Afektiivne usaldus	5,1	5,3	1,4	27
Kognitiivne usaldus	5,2	5,5	1,3	25

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal. Skaala 1-7: 1- ei nõustu üldse, 2- ei nõustu, 3- pigem ei nõustu, 4- nii ja naa, 5- pigem nõustun, 6- nõustun, 7- nõustun täielikult).

Järgnevalt tutvustatakse faktorite vahelisi korrelatsioone. Tabelist 8 ilmneb, et kõikide faktorite omavahelised korrelatsioonid on statistiliselt olulised. Emotsionaalse kurnatuse ja depersonalisatsiooni vaheline korrelatsioon on keskmise tugevusega ning

emotsionaalne kurnatus ja vähenenud professionaalse vaheline korrelatsioon on küll väiksem, kui siiski keskmise tugevusega.

Tabel 8. Läbipõlemise ja usalduse faktorite korrelatsioonid (n=201)

Faktorid	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Emotsionaalne kurnatus (1)	1				
Depersonalisatsioon (2)	0,54*	1			
Vähenenud professionaalne võimekus (3)	0,33*	0,25*	1		
Afektiivne usaldus (4)	-0,36*	-0,25*	-0,25*	1	
Kognitiivne usaldus (5)	-0,53*	-0,24*	-0,25*	0,96*	1

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal). * - statistiliselt oluline seos usaldusnivool $p < 0,01$.

Seos depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse vahel on eelneva kahega võrreldes väiksem ning ühtlasi ka nõrk. Emotsionaalse kurnatuse ja afektiivse ning kognitiivse usalduse faktorite vaheline korrelatsioon on negatiivne ning keskmise tugevusega. Samuti on depersonalisatsiooni ja afektiivse usalduse ja kognitiivse usalduse vahelised korrelatsioonid negatiivsed, kuid nõrgad, ning vähenenud professionaalse võimekuse ja afektiivse usalduse ning kognitiivse usalduse vahelised korrelatsioonid nõrgalt negatiivsed.

Järgnevalt võrreldakse läbipõlemise ja usalduse faktorite skooride erinevusi lähtuvalt sotsiaal-demograafilistest tunnustest. Lisas 3 on välja toodud kõikide faktorite võrdlused sõltuvalt soost. Antud uuringu põhjal tuli välja, et statistiliselt oluline erinevus oli meeste ja naiste vahel vaid depersonalisatsiooni osas. Ilmneb, et Eesti arstide seas esineb meeste osas rohkem depersonalisatsiooni, naiste puhul keskmiseks skooriks on mõõdukas ja meeste puhul kõrge läbipõlemine (vt tabel 9).

Edasi võrreldakse faktoreid sõltuvalt vanusegruppidest. Lisast 4 selgub, et statistiliselt olulised erinevused esinesid depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse osas. Eraldi on need välja toodud tabelis 9. Ilmneb selge langustendents, depersonalisatsiooni esineb kõige rohkem noorima vanusegrupi hulgas ning vanuse kasvades depersonalisatsioon väheneb. Kõige noorema vanusegrupi hulgas viitab skoor ligikaudu kõrgele läbipõlemisele ning kõige vanema vanusegrupi skoor viitab ligikaudu

madalale läbipõlemisele. Ka tunnetatud personaalse võimekuse dimensioon on sarnase trendiga, kuid jääb kõikides vanusegruppides siiski selgelt madala läbipõlemise vahemikku.

Tabel 9. Faktorite skooride võrdlused lähtuvalt sotsiaal-demograafilistest tunnustest

	Naised (n=158)			Mehed (n=43)			
DP	9			13			
	Vanus						
	≤30 (n=77)	31-40 (n=40)	41-50 (n=36)	51-60 (n=30)	≥61 (n=18)		
DP	12	11	7,5	7	5,5		
VPV	10	9	9,5	7,5	7,5		
	Tööstaaž						
	≤5a (n=78)	6-10a (n=32)	11-15a (n=21)	16-20a (n=17)	21-25a (n=16)	26-30a (n=12)	≥31a (n=25)
DP	12	11	9	5	6	6,5	5
VPV	10	11.5	8	7	9	9	7
	Töökoormus ≤ 1 (n=108)			Töökoormus ≥ 1,25 (n=89)			
EK	25			27			
DP	8			11			
	Reg. tööaeg (n=78)			Reg. tööaeg + valve (n=118)			
EK	24,5			25,5			
DP	6,5			11			
VPV	8			10,5			
AU	5,7			5,1			
AU	5,8			5,4			

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal). EK-emotsionaalne kurnatus, DP-depersonalisatsioon, VPV-vähenenud professionaalne võimekus, AU- afektiivne usaldus, KU-kognitiivne usaldus.

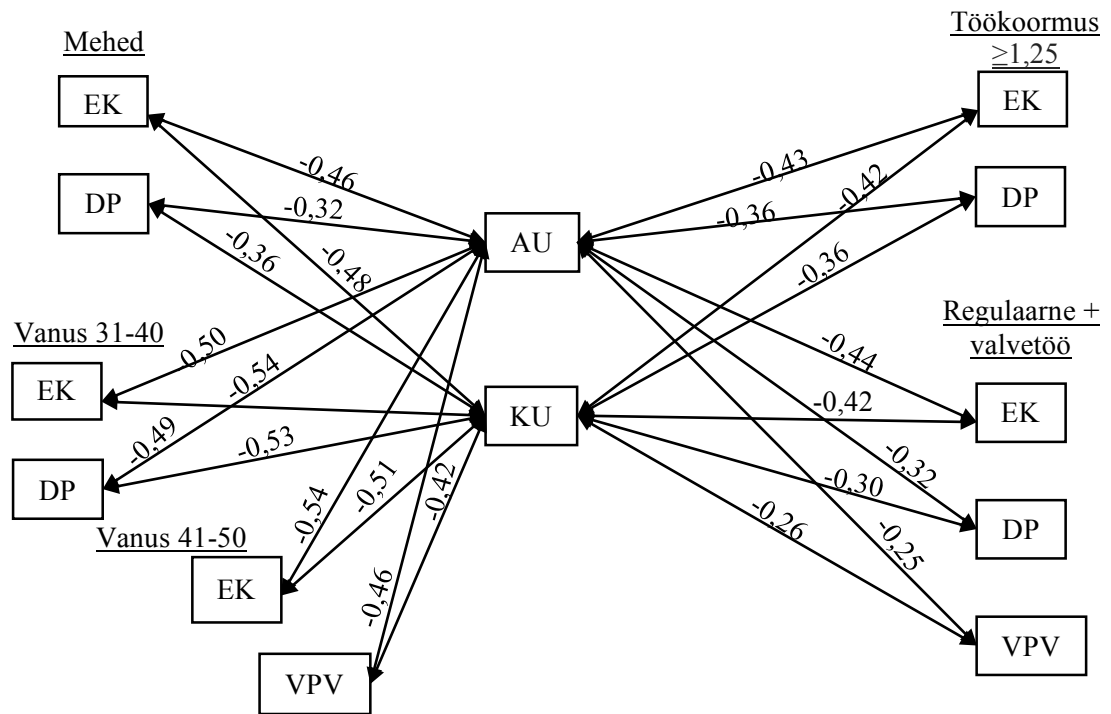
Lisas 5 on toodud kõikide faktorite võrdlused sõltuvalt tööstaažigruppidest. Leid on sarnane vanusegruppide osas leitule. Statistiliselt olulised erinevused esinesid depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse osas (vt tabel 9). Sarnaselt ilmneb ka, et depersonalisatsiooni esineb kõige rohkem lühema tööstaažigrupi hulgas, ning et staaži kasvades depersonalisatsioon väheneb. Ka depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse skoorid on vanusegruppidega sarnased. Depersonalisatsiooni osas jäävad skoorid tööstaažigruppides kõrge kuni madala läbipõlemise vahemikku ning professionaalse võimekuse osas selgelt madala läbipõlemise vahemikku.

Järgnevalt võrreldakse faktoreid sõltuvalt töökoormusest (vt lisa 7). Töökoormuse küsimusel oli algselt 6 vastusevarianti, vastajate vähesuse tõttu teatud gruppides ning andmete ühtlustamise eesmärgil jaotati andmeid analüüsides töökoormuse grupp kaheks. Esimesse gruppi kuulusid vastajad, kelle töökoormuseks oli 1 või alla selle ning teise gruppi vastajad, kelle töökoormus oli 1,25 või üle selle. Ehk ühes grupis on need, kes töötavad Eestis kehtiva täiskoormusega või alla selle ning teises grupis need, kes töötavad üle selle. Statistiliselt olulised erinevused leiti emotsionaalse kurnatuse ning depersonalisatsiooni faktorites, mõlemal juhul oli suurema töökoormusega seotud suurem läbipõlemine (vt tabel 9). Täiskoormuse või vähema korral oli emotsionaalse kurnatuse puhul läbipõlemine mõõdukas ning töökoormuse 1,25 või rohkema korral oli läbipõlemine kõrge. Täiskoormuse või vähema korral oli depersonalisatsiooni puhul läbipõlemine mõõdukas ning töökoormuse 1,25 või rohkema puhul samuti mõõdukas kuid kõrgem.

Lisas 8 on välja toodud faktorite võrdlused sõltuvalt tööajast. Algselt oli tööaja küsimuses 7 vastusevarianti, kuid kuna eri alagruppides oli liiga vähe vastajaid ning ka andmete ühtlustamise eesmärgil jaotati andmeid analüüsides töökoormuse grupp kaheks. Ühe grupi moodustasid vastajad, kelle tööaeg oli regulaarne kellaajast kellajani ning teise grupi vastajad, kelle tööaeg oli regulaarne ning kes tegid kas 12- või 24-tunniseid valveid lisaks. Seda seetõttu, et sooviti uurida, kas on erinevusi regulaarse ja mitteregulaarse tööajaga töötavate arstide hulgas. Skoorid on välja toodud tabelis 9. Statistiliselt olulised erinevused esinesid kõikide faktorite hulgas. Regulaarse tööaja korral on kõik läbipõlemise sümptomid väiksemate skooridega kui grupis, kus regulaarsetele tundidele tehti lisaks valveid. Lisaks oli regulaarsete töötundide korral usaldus mõlema faktori puhul kõrgem.

Eraldi uuriti veel läbipõlemise faktorite ja juhi suhtes tajutud usalduse faktorite vahelisi korrelatsioone sotsiaal-demograafiliste näitajate gruppide siseselt. Seda seetõttu, et selgitada, kas teatud gruppide puhul on erinevusi läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse seoste tugevuses. Olulisemad leiud on toodud välja joonisel 6. Selgub, et meeste, vanusegrupi 31-40 aastat ning suurema töökoormuse puhul on emotsionaalse kurnatuse ja depersonalisatsiooni osas vastassuunalised korrelatsioonid mõlema usalduse faktori suhtes tugevamad. Vanusegrupis 41-50 aastat oli emotsionaalse kurnatuse ja vähenenud

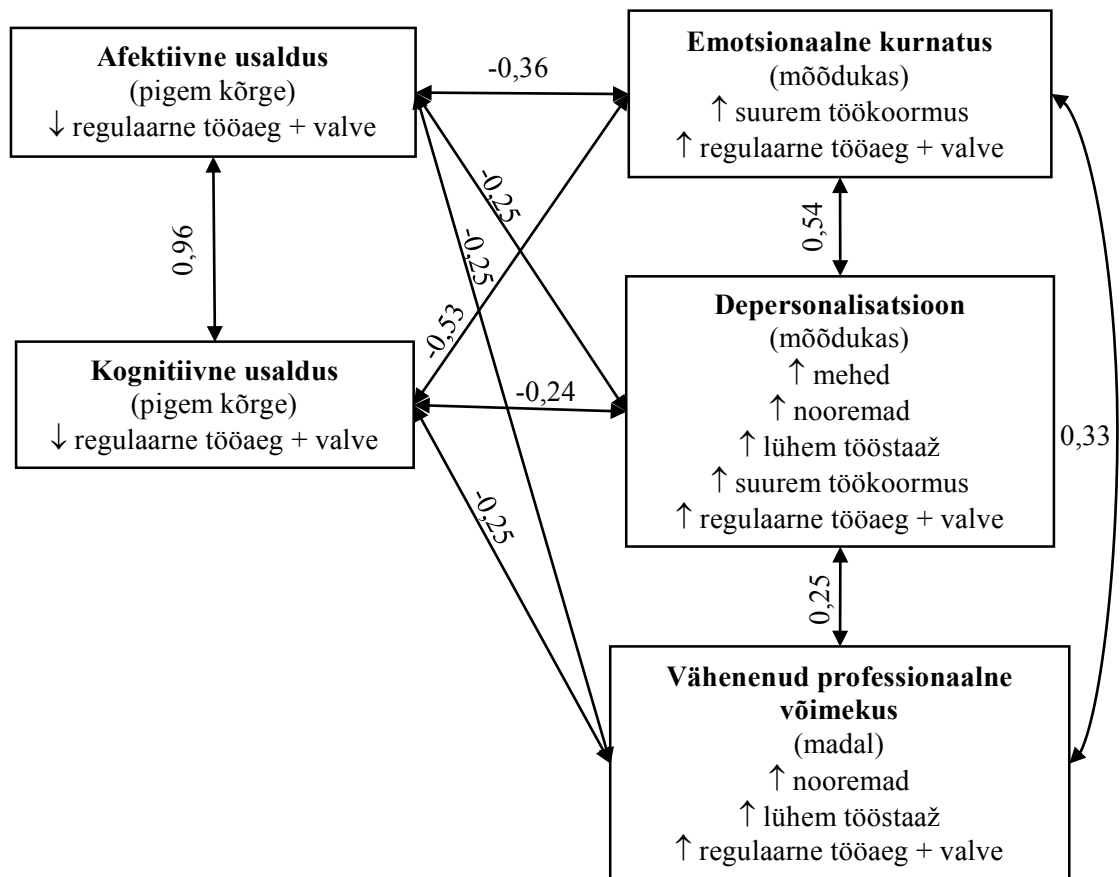
professionaalse võimekuse korral seosed mõlema usalduse faktori suhtes tugevamad ning valvetöö tegijatel olid seosed tugevamad kõikide faktorite lõikes.



Joonis 6. Läbipõlemise faktorite ja juhi suhtes tajutud usalduse faktorite vahelised korrelatsioonid sotsiaal-demograafiliste näitajate gruppide lõikes. (Autori koostatud läbiviidud uuringu tulemuste põhjal). Esitatud on tugevaimad korrelatsioonid. EK- emotsionaalne kurnatus, DP- depersonalisatsioon, VPV- vähenenud professionaalne võimekus, AU- afektiivne usaldus, KU- kognitiivne usaldus.

Kokkuvõtvalt on magistritöö empiirilises osas saadud tulemused esitatud joonisel 7. Kõikide läbipõlemise faktorite ning kõikide usalduse faktorite vahelised seosed on vastassuunalised. Kõikide läbipõlemise faktorite omavahelised korrelatsioonid on samasuunalised ning samuti on usalduse faktorite omavaheline seos samasuunaline. Lisaks selgub, et emotsionaalne kurnatus on kõrgem suurema töökoormuse ning tööaja korral, kus tavatundidele tehakse lisaks valvetööd. Depersonalisatsiooni esineb rohkem meestel, noorematel, lühema tööstaažiga, suurema töökoormuse ning tööaja korral, kus tavatundidele tehakse lisaks valvetööd. Vähenenud professionaalse võimekuse tunnet esineb rohkem noorematel, lühema tööstaažiga ning kui regulaarsetele töötundidele

tehakse lisaks valvetööd. Nii afektiivne kui ka kognitiivne usaldus on väiksem nende seas, kes teevad regulaarsetele tundidele lisaks valvetööd.



Joonis 7. Läbipõlemise faktorite ning juhi suhtes tajutud usalduse faktorite omavahelised seosed ning erinevused sõltuvalt sotsiaal-demograafilistest näitajatest. (Autori koostatud läbiviidud uuringu tulemuste põhjal). ↔ - viitab korrelatsioonile; ↓ - viitab väiksemale osakaalule; ↑ - viitab suuremale osakaalule.

Saadud magistritöö tulemusi üldistades võib öelda, et läbipõlemist esineb rohkem madalama juhi suhtes tajutud usalduse korral ning vastupidi. Samuti ilmneb, et läbipõlemist esineb rohkem meestel, noorematel, lühema tööstaaži korral ning kui regulaarsetele töötundidele tehakse lisaks valvetööd. Veel enam, juhi suhtes tajutud usaldus on madalam nende seas, kes teevad regulaarsetele töötundidele lisaks valvetööd.

2.3. Järeldused läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse vahelistest seostest ja sõltuvalt sotsiaal-demograafilistest tunnustest

Käesolevas alapeatükis võrreldakse kõigepealt empiirilises osas saadud kirjeldavaid statistikuid teooria ning varasemate uuringutega. Seejärel analüüsitakse läbipõlemise ja

usalduse faktorite korrelatsioone kõrvutades neid varasemate uuringutega ning tehakse omapoolseid järeldusi. Lõpuks vastandatakse läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse esinemist teooria ja varasemate uuringutega.

Võrdlemaks maailma eri paikade arstide läbipõlemist, tuuakse järgnevalt välja mõned sarnased uuringud (vt tabel 10). Heaks võrdluseks on uuring, kuhu oli kaasatud ligikaudu 1400 perearsti 12 Euroopa riigist (Bulgaaria, Horvaatia, Prantsusmaa, Kreeka, Ungari, Itaalia, Malta, Poola, Hispaania, Rootsi, Türgi ja Suurbritannia). Samuti MBI-HSS küsimustiku põhjal aastal 2008 publitseeritud uuringus näidati, et keskmine emotsionaalse kurnatuse skoor oli 24, depersonalisatsiooni skoor 7 ning professionaalse võimekuse skoor 37 (tulemus antud uuringus ümber pööramata) (Soler *et al.* 2008: 252). Näiteks aastal 2012 Ameerika Ühendriikide ligikaudu 7200 arsti seas läbi viidud uuringus selgus, et sama küsimustiku tulemusel oli emotsionaalse kurnatuse skoor 21, depersonalisatsiooni skoor 5 ja professionaalsel võimekuse skoor 42 (tulemus antud uuringus ümber pööramata) (Sanafelt 2012: 1380). Hiinas kasutati ühes uuringus aastal 2013 arstide läbipõlemise uurimiseks MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory-General Survey*) ehk Maslachi küsimustiku üldist versiooni, milles on 21 küsimust ja ka skoorid tõlgendati sel puhul mõneti erinevalt. Leiti, et keskmiselt on kõikide faktorite suhtes läbipõlemine mõõdukas. (Wu *et al.* 2013: 4) Selgub, et üle maailma erinevate riikide võrdluses on arstide läbipõlemine üsnagi samal tasemel.

Tabel 10. Erinevate riikide arstide läbipõlemise võrdlus lähtuvalt MBI skooridest

Faktor	Eesti ¹	Euroopa 12 riiki ²	USA ³	Hiina ⁴
Emotsionaalne kurnatus	Mõõdukas	Mõõdukas	Mõõdukas	Mõõdukas
Depersonalisatsioon	Mõõdukas	Mõõdukas	Madal	Mõõdukas
Vähenenud professionaalne võimekus	Madal	Mõõdukas	Madal	Mõõdukas

Allikas: (autori koostatud).¹-käesolev uuring; ²- Soler *et al.* 2008: 252; ³- Sanafelt 2012: 1380; ⁴- Wu *et al.* 2013: 4.

Käesoleva uuringu tulemusel selgus, et Eesti arstide seas on juhi suhtes tajutud usaldus kõrge. Saadud tulemus erineb suuresti Wong ja Cummings'i Kanada meditsiinitöötajate läbiviidud uuringust, kus kasutati usalduse mõõtmiseks Eestvedamise Tava Mõõdikut

(*Leadership Practices Inventory*), mille vastused on 10 palli skaalal (mida kõrgem pall, seda suurem usaldus) ning usaldus mõõdetud ühe faktorina kokku. Antud uuringus saadi usalduse keskväärtuseks 2,7, mis on madal (vt tabel 11). Ühe põhjusena võib magistritöö autori seisukohalt olla erinev valim, selles uuringus oli küsitletud vaid vähiravi osakonna töötajaid ning nende hulgas olid lisaks arstidele ka õed ja farmatseudid. (Wong, Cummings 2009: 13) Sarnasem tulemus antud magistritööga saadi Kanada meditsiiniõdede hulgas läbi viidud küsitlusest, kus usaldust mõõdeti instrumendiga Inimestevaheline Usaldus Tööl Skaala (*Interpersonal Trust at Work Scale* ehk *ITWC*). Viie palli skaalas oli usalduse keskväärtus juhtkonna vastu 2,7 ehk usaldus oli pigem keskmine (Laschinger 2001: 213). Nagu teoreetilises osas arutleti, siis adekvaatsema ja objektiivsema usalduse korral võiks arstide ja juhtkonna vahel prevaleeruda pigem kognitiivne komponent. Käesolevas uuringus leitu ühtib mainitud arusaamaga. Usaldust uurides selgub, et Eesti arstide usaldus juhti on pigem suur, seda nii afektiivse kui ka kognitiivse usalduse suhtes.

Tabel 11. Juhi suhtes tajutud usaldus erinevates uuringutes

	Eesti arstid ¹	Kanada med. töötajad ²	Kanada medõed ³
Usaldus	Kõrge	Madal	Keskmine

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete ja viidatud uuringute põhjal). ¹-käesolev uuring; ²- Wong, Cummings 2009: 13; ³- Laschinger 2001: 213.

Järgmisena tuuakse välja ja analüüsitakse läbipõlemise faktorite omavahelisi korrelatsioone, usalduse faktorite omavahelisi korrelatsioone ning seejärel läbipõlemise ja usalduse faktorite vahelisi korrelatsioone. Samuti kõrvutatakse võrreldavaid uuringuid. Eelnevalt selgus, et käesolevas uuringus on emotsionaalse kurnatuse ja depersonalisatsiooni vaheline korrelatsioon keskmise tugevusega ning emotsionaalse kurnatuse ja vähenenud professionaalse võimekuse vaheline korrelatsioon küll väiksem, kuid siiski keskmise tugevusega (vt joonis 7 lk 44). Saadud tulemus ühtib ka teoreetilises osas välja tooduga, kus arvatakse, et depersonalisatsioon kujuneb välja emotsionaalse kurnatuse tulemusena ning vähenenud professionaalne võimekus samaaegselt, kuid mitte otseselt nende tulemusena. Seos depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse vahel on eelneva kahega võrreldes väiksem ning ühtlasi ka nõrk. Teooria osas toodi välja, et emotsionaalne kurnatus arvatakse olevat keskne läbipõlemise komponent.

Kuna vähenenud professionaalne võimekus kujuneb välja teisest kahest dimensioonist eraldiseisvalt, siis on mõistetav, et depersonalisatsioon ja vähenenud professionaalne võimekus on omavahel nõrgemalt seotud kui eelnevad kaks komponenti.

Emotsionaalse kurnatuse ja afektiivse ning kognitiivse usalduse faktorite vaheline korrelatsioon on negatiivne ning keskmise tugevusega. Samuti on depersonalisatsiooni ja afektiivse usalduse ja kognitiivse usalduse vahelised korrelatsioonid negatiivsed, kuid nõrgad, ning vähenenud professionaalse võimekuse ja afektiivse usalduse ning kognitiivse usalduse vahelised korrelatsioonid nõrgalt negatiivsed. Järeldub, et mida väiksem on afektiivne või kognitiivne usaldus, seda suurem on läbipõlemine kõikide dimensioonide lõikes ja vastupidi. Tulemus on sarnane Wong ja Cummings (2009: 13) poolt läbiviidud uuringuga, kus küsitleti Kanada meditsiiniõdesid. Mõõdikutena kasutati MBI-GS-i ja ITWC-d. Leiti, et läbipõlemisel üldiselt ja tajutud usaldusel juhtkonna vastu oli negatiivne ja ligikaudu keskmiselt tugev korrelatsioon (vt tabel 12).

Tabel 12. Läbipõlemise ja usalduse korrelatsioonid võrreldavates uuringutes

Faktorid	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Emotsionaalne kurnatus ¹ (1)	1						
Emotsionaalne kurnatus ² (2)	-	1					
Läbipõlemine üldiselt ³ (3)	-	-	1				
Usaldus juhtkonda üldiselt ³ (4)	-	-	-0,28*	1			
Usaldus organisatsiooni üldiselt ² (5)	-	-0,41*	-	-	1		
Afektiivne usaldus ¹ (6)	0,36*	-	-	-	-	1	
Kognitiivne usaldus ¹ (7)	0,53*	-	-	0,96*	-	-	1

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete ja viidatud uuringute põhjal). * - statistiliselt oluline seos usaldusnivool $p < 0,01$. ¹-käesolev uuring; ²- Karapinar *et al.* 2016: 1964; ³- Wong, Cummings 2009: 13.

Läbipõlemist ja usaldust organisatsioonis laiemalt uurisid Karapinar *et al.* (2016: 1964) Türgi ülikoolide õppejõudude seas. Läbipõlemise mõõtmiseks kasutati samuti MBI-d, kuid mõõdeti vaid emotsionaalse kurnatuse dimensiooni. Usalduse mõõtmiseks kasutati siin küll ka OTI-d, kuid mõõdeti usaldust organisatsiooni vastu üldisemalt ning vaid ühe faktorina. Selgus, et emotsionaalse kurnatuse ja organisatsiooni suhtes tajutud usalduse vaheline korrelatsioon oli vastassuunaline ja keskmise tugevusega (vt tabel 12). Usalduse

faktorid korreleerusid käesolevas magistritöös omavahel tugevalt, mis samuti ühtib eespool kirjeldatud teooriaga, et nii afektiivne kui kognitiivne komponent on omavahel tugevalt seotud. Kuigi võrreldavate uuringute meetodikad on mõneti üksteisest erinevad, saab öelda, et läbipõlemise ja usalduse (siinkohal ühel juhul usaldus otsesesse juhti, ühel juhul juhtkonda, ühel juhul usaldus organisatsiooni) vahel on keskmiselt tugev vastassuunaline seos.

Lisas 3 on välja toodud faktorite võrdlused sõltuvalt soost. Antud uuringu põhjal tuli välja, et statistiliselt oluline erinevus oli meeste ja naiste vahel vaid depersonalisatsiooni osas. Ilmneb, et Eesti arstide seas esineb meeste osas rohkem depersonalisatsiooni, naiste puhul keskmiseks skooriks on mõõdukas ja meeste puhul kõrge läbipõlemine. Erinevate uuringutega on saadud erinevaid tulemusi, näiteks Saksamaa kirurgide seas läbiviidud uuringus, kus kasutati mõõdikuna CBI-d, oli naiste hulgas läbipõlemist üldiselt mõõdetuna rohkem (Klein *et al.* 2010: 527). Samas jällegi Ameerika Ühendriikides MBI põhjal läbiviidud uuringus arstide seas läbipõlemise osas sugudevahelist erinevust ei leitud (Shanafelt 2012: 1382). Siin seonduvad erinevused ilmselt kultuuri, valimi ja teostatud uuringute, sh mõõdikute eripäraga. Usalduse faktorite vahel magistritöös erinevusi ei leitud, mis ühtib näiteks 2015. aastal läbi viidud uuringuga USA üliõpilaste seas (Haselhuhn *et al.* 2015: 106). Jällegi on uuringute tulemusel saadud erinevaid tulemusi, näiteks on näidatud teise grupi USA üliõpilaste puhul, et pigem on mehed usaldavamad kui naised. (Buchan *et al.* 2008, viidatud Haselhuhn *et al.* 2015: 105 vahendusel). Usaldust mõõdeti eelnevas kahes uuringus eksperimentaalse mängu käigus. Võttes kokku magistritöös leitu ning mainitud võrreldavad uuringud, saab järeldada, et läbipõlemise ega usalduse osas selgeid sugudevahelisi erinevusi ei ole (vt tabel 13).

Tabel 13. Läbipõlemine ja usaldus sõltuvalt soost

	Eesti arstid ¹	Saksamaa kirurgid ²	USA arstid ³	USA tudengid ⁴	USA tudengid ⁵
Läbipõlemine	↑ meestel	↑ naistel	erinevusi ei ole	x	x
Usaldus	erinevusi ei ole	x	x	erinevusi ei ole	↑ meestel

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete ja viidatud uuringute põhjal. ¹ – käesolev uuring; ² - Klein *et al.* 2010: 527; ³ - Shanafelt 2012: 1382; ⁴ - Haselhuhn *et al.* 2015: 106; ⁵ - Buchan *et al.* 2008. ↑ - viitab suuremale osakaalule; x- antud uuringus ei käsitletud vastavat tegurit).

Järgnevalt võrreldakse faktoreid sõltuvalt vanusegruppidest. Lisast 4 selgub, et statistiliselt olulised erinevused esinesid depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse osas. Ilmneb, et depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse tunnet esineb kõige rohkem nooremat vanusegruppide hulgas ning et vanuse kasvades need vähenevad. Saadud tulemus on kooskõlas varasemate leidudega. Teooria osas tuli välja, et läbipõlemist esineb rohkem just noorematel ja vähem kogenematutel, alla 30-40-aastastel. Arvatakse, et selle põhjuseks võiksid olla ebaõnnestunud tööalasest sotsialiseerumisest tulenev stress või identiteedikriis. Samuti on välja pakutud, et nähtus võiks olla seletatav tähelepanekuga, et läbipõlenud isikud lahkuvad varem töölt ning järele jäävad need, kes ei ole läbi põlenud või on vähem läbi põlenud. (Schaufeli, Enzmann 1998: 224) Magistritöö autori arvates võivad nooremad olla oma väiksematest kogemustest tulenevalt ebakindlamad ning seetõttu võivad väiksemad tagasilöögid (omaenda tehtud meditsiinilised vead, kommunikatsiooni-probleemid patsientide ja nende omastega ning ka kolleegidega, ebastabiilsem eraelu) omada suuremat kaalu, misjuhul küllastuspunkti ületamine võib olla äkilisem. Võrdluseks kui vanematel ja erinevate situatsioonidega kokku puutunud arstidel võiksid olla toimetulekumehhanismid juba paremini välja kujunenud ning läbipõlemine ei pruugi nii lihtsalt tekkida. Subjektiivne vähenenud professionaalse võimekuse tunne on magistritöö autori arvates sama printsiibi järgi selgitatav. Lisaks on eeldatav see, et erialane kogemus ja enesekindlus kasvab vanusega. Seda loomulikult kuni teatud punktini. Kokkuvõtvalt öeldes on nooremas eas läbipõlemine pigem kõrge ning vanuse kasvades see väheneb.

Usalduse puhul eri vanusegruppide hinnangutes statistiliselt olulisi erinevusi antud uuringus ei leitud. Arstide puhul võrreldavat uuringut magistritöö autorile teadaolevalt ei ole, kuid suure üldpopulatsiooni uuringu põhjal, kuhu oli kaasatud 38 riiki, leiti, et usaldus üldiselt teistesse inimestesse vanuse kasvades tõuseb (Li, Fung 2013: 352). Lisana toodud tehnoloogia alal töötavate inimeste näitel saab öelda, et usaldus juhi suhtes varieerub ka vanusegruppide seas (Scott, Cook 1983: 80). Eelnevalt toodi välja, et usaldus üldiselt oli magistritöös pigem kõrge ning näib, et see püsib samal tasemel erinevate vanusegruppide lõikes. Sellest lähtuvalt võiks käesoleva uuringu põhjal järeldada, et usalduse vanuse kasvades muutumatuna püsimine võib tuleneda arsti eriala spetsiifikast.

Lisas 5 on toodud faktorite võrdlused sõltuvalt tööstaažigruppidest. Leid on sarnane vanusegruppide osas leitud. Statistiliselt olulised erinevused esinesid depersonalisatsiooni ja vähenenud professionaalse võimekuse osas. Sarnaselt ilmneb ka, et depersonalisatsiooni esineb kõige rohkem lühema tööstaažigrupi hulgas, ning et staaži kasvades depersonalisatsioon väheneb. Ka depersonalisatsiooni ja professionaalse võimekusi skoorid on vanusegruppidega sarnased. Kuna üldiselt minnakse pärast arstiteaduskonna lõpetamist otse residentuuri ning jäädakse sama eriala peale, siis vanus ja tööstaaž on omavahel otseses seoses, selgelt tuleb see välja lisas 6 toodud risttabelis. Võib järeldada, et eelmises lõigus välja toodud põhjendused saadud tulemuste kohta peavad paika ka tööstaaži puhul.

Järgnevalt võrreldakse faktoreid sõltuvalt töökoormusest (vt lisa 7). Statistiliselt olulised erinevused leiti emotsionaalse kurnatuse ning depersonalisatsiooni faktorites, mõlemal juhul oli suurema töökoormusega seotud suurem läbipõlemine. Leid korreleerub ka varasemate uuringutega, ehk et mida suurem on töökoormus, seda suurem on läbipõlemine (Maslach, Leiter 2004: 91–134; Avanzi *et al.* 2018: 160). Nähtust selgitatakse teooria osas käsitletud Töökoha Nõudmiste-Ressursside mudeliga. Suure töökoormusega inimesel väljenduvad suurema tõenäosusega füsioloogilised ja psühholoogilised sümptomid nagu näiteks tõusnud pulsisagedus ja väsimus, millede tagajärjeks võib omakorda olla kurnatus ning enda tööst vaimne distantseerimine (Bakker *et al.* 2000: 425–441). Sama seos on näidatud ka olevat arstide seas (Shanafelt 2012: 1382). Seega magistritöös saadud tulemused ühtivad nii teooria kui ka varasemate uuringutega.

Lisas 8 on välja toodud faktorite võrdlused sõltuvalt tööajast. Statistiliselt olulised erinevused esinesid kõikide läbipõlemise ja usalduse faktorite hulgas. Regulaarse tööaja korral on kõik läbipõlemise sümptomid väiksemate skooridega kui grupis, kus regulaarsetele tundidele tehti lisaks valveid. Lisaks oli regulaarsete töötundide korral usaldus mõlema faktori puhul kõrgem. Magistritöö autor ei leidnud kirjandusest, et sel viisil oleks valvete seost läbipõlemisega uuritud. Küll aga on näidatud, et juba üksnes öövalvete tegemine suurendab läbi kolme dimensiooni oluliselt läbipõlemist. Nädalavahetustel töötamine (mis tegelikult peaaegu alati tähendabki valvetööd) suurendas läbipõlemist selle uuringu kohaselt vaid läbi emotsionaalse läbipõlemise

dimensiooni (Soler *et al.* 2008: 252). Käesolevat ja eelmist lõiku kokku võttes tuleb välja, et tööaeg, ehk siis valvetöö, on isegi olulisem tegur soodustamaks läbipõlemist (tööaja korral osutus oluliseks kolm läbipõlemise faktorit, töökoormuse korral kaks) ja usaldamatust (suurema töökoormuse korral ei olnud erinevusi usalduse faktorite osas), kui seda on töökoormus. See seos võib olla seletatav sellega, et üksikute pikemate tööpäevadega on lõpuks lihtsam harjuda, kui päris pikkade valvetega, kus öösiti uneajast keeruliste probleemidega toime tulema peab. Segamini läheb unerütm ja ka toitumine muutub ebaregulaarseks ning kõik see kandub edasi töövälisesse ellu. Mainitud stressiallikad nõrgendavad toimetulekumehhanisme, mis läbipõlemise vastu muidu kaitseksid.

Uurides lähemalt magistritöös saadud läbipõlemise ja usalduse vahelisi korrelatsioone lähtudes sotsiaal-demograafilistest gruppidest, saab välja tuua huvitavaid tähelepanekuid. Varasemalt selgus, et Eesti arstide seas on meessoos, valvetöö ja suurema töökoormuse korral läbipõlemine suurem. Nüüd tuleb välja, et ka korrelatsioonid läbipõlemise ja usalduse vahel on nende gruppide seas tugevamad. Magistritöö autor eeldab, leitu võib tuleneda sellest, et kuna nendes gruppides on läbipõlemine kõrgem ning usalduse kui sotsiaalse toe roll võib olla seal seetõttu ka olulisem. Eelnev loogika ei selgita aga seda, miks on korrelatsioonid suuremad vanusegruppides 31-40 ja 41-50, kuigi läbipõlemine oli suurim alla 30 aastaste seas. Eelnevalt arutleti, et tööalasest sotsialiseerumisest tulenev stress või identiteedikriis võib nooremate puhul läbipõlemist põhjustada. Võimalik, et nüüd kui residentuur on läbi, erialaarsti paberid käes, töökohaga seonduv olukord stabiilsem (linn, osakond, kolleegid jne) ning ka otsene juht on selgelt välja kujunenud, hakkab suuremat tähtsust omama läbipõlemise eest kaitsmisel juhi suhtes tajutud usaldus.

Alapeatükki kokku võttes järeldub, et Eesti arstide seas on läbipõlemine keskmiselt mõõdukas ning teiste riikidega samaväärne. Usaldus on Eesti arstide seas kõrgem uuringus võrreldud teiste meditsiinitöötajatega. Lisaks on magistritöö alusel läbipõlemise ja usalduse vaheline seos vastassuunaline ja keskmise tugevusega ning võrreldav seni tehtud teadusuuringutega. Kuigi käesolevas uuringus leiti, et läbipõlemist esineb rohkem meeste seas, siis erinevate uuringutega kõrvutamisel selgus, et sugudevaheline erinevus puudub. Eesti arstide seas meeste ja naiste usalduse osas erinevusi polnud, sama tuli välja varasemaid publikatsioone analüüsides. Nooremate ja lühema tööstaaži korral on

läbipõlemine vastanute seas kõrgem, mida on näidanud ka varasemad uuringud. Lisaks ühtisid magistritöös saadud tulemused varasematega töökoormuse osas. Mida suurem on töökoormus, seda suurem on läbipõlemine. Samuti regulaarsetele töötundidele lisaks valvetöö tegemine seondub suurema läbipõlemise ning väiksema juhi suhtes tajutud usaldusega. Veel enam, magistritöö tulemusel võib järeldada, et usalduse tähtsus läbipõlemise eest kaitsmisel muutub olulisemaks just neil, kellel on läbipõlemise sümptomid juba tugevamini väljendunud.

KOKKUVÕTE

Käesolevast magistritööst selgub, et läbipõlemine on kõige levinuma käsitluse kohaselt kolmedimensionaalne sündroom, mida kirjeldab emotsionaalne kurnatus, inimestest kaugenemine ehk depersonalisatsioon ja vähenenud professionaalne võimekus ning mis tekib peamiselt neil, kes oma töös puutuvad kokku inimestega. Ollakse seisukohal, et see on vaimselt terve inimese järk-järguliselt välja kujunev reaktsioon töökohal esinevate tegurite ebakõlale. Nendeks võivad olla nii töökoormus, ebaõigluse tunne, mitterahuldav töötasu kui ka suhted kolleegide ja juhtidega. Läbipõlemise tagajärjel väheneb töövõimekus, vaimne tasakaal ning võivad välja kujuneda ebatervislikud käitumisviisid. Oma töö eripärade tõttu on läbipõlemise sümptomitele eriti vastuvõtlikud just arstid. Arstide läbipõlemisega kaasnevad tagajärjed võivad endaga kaasa tuua nii haigla kui organisatsiooni tõhususe languse ning ka patsientide ebaefektiivse ravi.

Magistritöö aluseks võetud definitsiooni järgi on juhi suhtes tajutud usaldus töötaja uskumus, et tema juht näeb heausklikult vaeva käitumaks vastavalt nii otseselt kui kaudselt antud lubadustele ja on aus mistahes läbirääkimistes, mis eelnesid nendele lubadustele ning ei kasuta liigselt töötajat ära isegi kui selleks on võimalus. Inimestevaheline usaldus tekib seega mõlema osapoolle koosmõjul. Ühelt poolt sõltub see usaldajapoolsest kalduvusest usaldada ning teiselt poolt usaldatava usaldusväärsusest. Usaldusel on levinud arusaama kohaselt kaks komponenti, milledeks on afektiivne ehk emotsionaalne usaldus ning kognitiivne ehk teadlik usaldus. Professionaalsetes suhetes võib eeldada emotsionaalse usalduse kõrval just teadliku, kogemustel põhineva usalduse tähtsamat rolli, kuna see võib oluliselt organisatsiooni eesmärgipärasele toimimisele kaasa aidata.

Kuna just usaldus on toimivate inimsuhete tekkeks ning püsimiseks väga oluliseks eelduseks, siis arvatakse sellel olevat seos ka läbipõlemisega. Magistritöö autori arvates võib töötaja usaldust juhi vastu vaadelda kui sotsiaalset tuge, mis käitub ressursina vähendades töökohal esinevat füsioloogilist ja psühholoogilist stressi. Ühes sellega

väheneb emotsionaalne kurnatus, ei ole vajadust ennast energia säästmiseks inimestest distantseerida ning ühtlasi ei lange professionaalne võimekus. Tänu eelnevale võib usaldus aidata töötajatel personaalseid eesmärke täita, vähendada töökoha nõudmisi, soodustada enesearengut ning läbi selle potentsiaalselt vähendada töökohal läbipõlemist. Erinevate uuringute tulemusena on leitud, et erinevatel organisatsioonilise usalduse tasanditel on negatiivne korrelatiivne seos läbipõlemisega töökohal. Ehk mida kõrgem on organisatsioonides esinev usaldus, seda väiksem on läbipõlemine ja vastupidi. Vaid üksikute uuringutega on varasemalt näidatud, et kui meditsiinitöötaja oma juhti usaldab, on ta väiksema tõenäosusega läbi põlenud.

Magistritöös viidi läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse seoste uurimiseks läbi küsitlus Eesti arstide seas. Ankeetküsitluses kasutati läbipõlemise välja selgitamiseks Maslachi Läbipõlemise Mõõdikut ning usalduse välja selgitamiseks Organisatsioonilise Usalduse Mõõdikut, mis kohandati juhi suhtes tajutud usalduse mõõtmiseks. Uuring viidi läbi märtsis ja aprillis aastal 2018. Andmete analüüs teostati kasutades tarkvaraprogrammi SPSS, mille abil analüüsiti kirjeldavaid statistikuid ning andmete eripärast tulenevalt teostati mitteparameetriline korrelatsioonanalüüs ja mitteparameetriline dispersioonanalüüs.

Uuringu valimiks kujunes 201 arsti ja arst-residenti, kellest ligikaudu 75% olid naised. Suurim osa vastajatest olid 30 aastased või nooremad ning kuni 5 aastase tööstaažiga. Ligikaudu pooled arstidest teevad regulaarselt ületunde ning ligikaudu kaks kolmandikku vastajatest teevad regulaarsele tööajale lisaks valvetööd.

Kirjeldavate statistikute uurimisel selgus, et keskmiselt esineb vastajate hulgas mõõdukas, peaaegu kõrge emotsionaalne kurnatus, mõõdukas depersonalisatsioon ning madal subjektiivne vähenenud professionaalse võimekuse tunne. Usaldust uurides selgus, et Eesti arstide usaldus juhti on pigem suur, seda nii afektiivse kui ka kognitiivse usalduse suhtes.

Analüüsimaiks läbipõlemise ja usalduse vahelisi seoseid, teostati korrelatsioonanalüüs, mille käigus selgus, et läbipõlemisel ja juhi suhtes tajutud usaldusel on vastassuunaline seos. Sellest tuleneb, et mida suurem on juhi suhtes tajutud usaldus, seda väiksem on läbipõlemine ja vastupidi. Läbipõlemise dimensioonide omavaheline korrelatsioon oli

positiivne, mis tähendab, et ühe dimensiooni sümptomite lisandudes lisanduvad ka teiste dimensioonide sümptomid. Ka afektiivse ja kognitiivse usalduse vahel oli samasuunaline seos. Järelikult võib sellise tõsise probleemi nagu läbipõlemise vähendamisel olla abi juhi suhtes tajutud usalduse suurendamisel.

Sotsiaal-demograafiliste näitajate lõikes oluliste erinevustena leiti, et läbipõlemist esineb rohkem meeste ning nooremate vastajate seas. Lisaks leiti, et suurema töökoormuse korral esineb läbipõlemist rohkem. Samuti tuli välja, et kui regulaarsetele töötundidele tehakse lisaks valvetööd, on läbipõlemine suurem ning juhi suhtes tajutud usaldus väiksem. Veel enam, läbipõlemise ja usalduse vaheline seos on seda tugevam, mida suurem on juba välja kujunenud läbipõlemine ja vastupidi. Seega peaks just nendele gruppidele usalduse suurendamise ja läbipõlemise vähendamise mõttes tähelepanu pöörama.

Magistritöös saadud tulemusi teiste uuringutega võrreldes tuleb välja, et Eesti arstide seas on läbipõlemine keskmiselt mõõdukas ning teiste riikidega samaväärne. Juhi suhtes tajutud usaldus on Eesti arstide seas kõrgem uuringus võrreldud teiste meditsiinitöötajatega. Lisaks tuli magistritöös teostatud analüüsi tulemusel välja, et läbipõlemise ja usalduse vaheline seos on vastassuunaline ja keskmise tugevusega ning võrreldav seni tehtud teadusuuringutega. Kuigi käesolevas uuringus leiti, et läbipõlemist esineb rohkem meeste seas, siis erinevate uuringutega kõrvutamisel näib, et sugudevaheline erinevus siiski puudub. Eesti arstide seas meeste ja naiste usalduse osas erinevusi polnud, sama tuli välja varasemaid publikatsioone uurides.

Selgus ka, et nooremate ja lühema tööstaaži korral on läbipõlemine vastanute seas kõrgem, mida on näidanud ka varasemad uuringud. Lisaks ühtisid magistritöös saadud tulemused varasematega töökoormuse osas, suurema töökoormuse korral on läbipõlemine kõrgem. Samuti seostub regulaarsetele töötundidele lisaks valvetöö tegemine suurema läbipõlemise ning väiksema juhi suhtes tajutud usaldusega. Veel enam, magistritöö tulemusel võib järeldada, et juhi suhtes tajutud usalduse tähtsus läbipõlemise eest kaitsmisel muutub olulisemaks just neil, kellel on läbipõlemise sümptomid juba tugevamini väljendunud. Kokkuvõtvalt saab öelda, et Eesti arstide läbipõlemine on võrreldes teiste riikidega samaväärne, kuid juhi suhtes tajutud usaldus kõrgem ning et läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse vastassuunalise seose tugevus on samaväärne.

Lisaks sellele on nooremate, väiksema tööstaaži ja suurema töökoormusega Eesti arstide seas läbipõlemine kõrgem, mis on kooskõlas varasemate uuringutega.

Käesolev magistritöö uuris läbipõlemise ja juhi suhtes tajutud usalduse seost Eesti arstide seas. Juhi suhtes tajutud usalduse ja läbipõlemise seoste täpsemaks välja selgitamiseks oleks võimalik veel uurida näiteks arstide kalduvust usaldamisele ja ka juhi usaldusväärsust ning nende korrelatsioone läbipõlemisega. Samuti tervishoius tervikuna esineva usalduse ja läbipõlemise seoste paremaks mõistmiseks oleks vajalik uurida läbipõlemise ja arstide kui kolleegide vahelise usalduse seoseid ning samuti läbipõlemise ja haiglate kui organisatsioonide suhtes tajutud usalduse seoseid. Nii võiks tekkida veelgi parem arusaam, kuidas usalduse kaudu oleks võimalik arstide seas laialdaselt levinud läbipõlemise probleemiga tegeleda.

VIIDATUD ALLIKAD

1. Adam S. Wilk, Jodyn E. Platt. (2016). Measuring physicians' trust: A scoping review with implications for public policy. *Social Science & Medicine*, 165. 75-81. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.07.039.
2. Aditya Simha, David F. Elloy, Han-Chung Huang. (2014). "The moderated relationship between job burnout and organizational cynicism". *Management Decision*, 52 (3), 482-504. DOI: <https://doi.org/10.1108/MD-08-2013-0422>
3. Ajay S. Singh. (2017). Common procedures for development, validity and reliability of a questionnaire. *International Journal of Economics, Commerce and Management* 5(5). <http://ijecm.co.uk/wp-content/uploads/2017/05/5549.pdf>
4. Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationship between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress*, 23. 244–263. <http://dx.doi.org/10.1080/02678370903282600>
5. Antonio Vela-Bueno, Bernardo Moreno-Jiménez, Alfredo Rodríguez-Muñoz, Sara Olavarrieta-Bernardino, Julio Fernández-Mendoza, Juan José De la Cruz-Troca, Edward O. Bixler, Alexandros N. V. (2007) Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 435–442. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.014>
6. Argyris, C. (1964) Integrating the Individual and the Organisation. New York: Wiley. 347
7. Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. (2010) Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss Med Wkly*. 140:w13070. DOI: <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2010.13070>
8. Ayala Malach Pines, Margaret B. Neal, Leslie B. Hammer, and Tamar Icekson. (2011) Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*, 74 (4), 361-386. DOI: <https://doi.org/10.1177/0190272511422452>

9. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309–328. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/02683940710733115>
10. Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170–180. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>
11. Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425–441. [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)10991379\(200006\)21:4%3C425::AID-JOB21%3E3.0.CO;2-%23/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)10991379(200006)21:4%3C425::AID-JOB21%3E3.0.CO;2-%23/full)
12. Bayhan Karapinar, P., Metin Camgoz, S., Tayfur Ekmekci, O. (2016) The mediating effect of organizational trust on the link between the areas of work life and emotional exhaustion. *Kuram ve Uygulamada Egitim Bilimleri*, 16 (6). 1947-1980. DOI: 10.12738/estp.2016.6.0068
13. Brockner, J., P. Siegel, J. Daly, T. Tyler, C. Martin. (1997). When trust matters: The moderating effect of outcome favorability. *Admn. Sci. Quatt.* 42, 558-583. DOI: 10.2307/2393738
14. Buchan, N., Croson, R. T. A., & Solnick, S. (2008). Trust and gender: An examination of behavior and beliefs in the Investment Game. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 68, 466-476. DOI: 10.1016/j.jebo. 2007.10.006
15. Byrne BM. (1994). Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *Am. Educ. Res. J.* 31, 645–73. DOI: <https://doi.org/10.3102/00028312031003645>
16. Calnan M, Rowe R. (2006). Trust relations in health care - The new agenda. *European journal of public health*. 16, 4-6. DOI: 10.1093/eurpub/ckl004.
17. Cohen, M. A., & J. Dienhart. (2013). Moral and Amoral Conceptions of Trust, with an Application in Organizational Ethics. *Journal of Business Ethics* 112, 1-13. DOI: 10.1007/s10551-012-1218-5
18. Costa, Ana C. (2017). „Trust in Organizations“. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05741-2>

19. Cummings, L. L., & Bromiley, P. (1996). The Organizational Trust Inventory (OTI): Development and validation. In R. M. Kramer & T. R. Tyler (Eds.), *Trust in organizations: Frontiers of theory and research* (pp. 302-330). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452243610.n15>
20. Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V., & Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17. 312–330. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x.
21. David Schoorman, F & C. Mayer, Roger & H. Davis, James. (2007). An integrative model of organizational trust: Past, present, and future. *Academy of Management Review*. 32. DOI: 10.5465/AMR.2007.24348410.
22. Deluga, R. J. (1995). The relation between trust in the supervisor and subordinate organizational citizenship behavior. *Military Psychology*, 7: 1-16. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327876mp0701_1
23. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands–Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86. 499–512. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
24. Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2002). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 296-307. DOI: 10.1027//1015-5759.19.1.12
25. DeVellis, R.F. (2012). Scale development: Theory and applications. *Los Angeles: Sage*. 109–110.
26. Dietz, G. and Hartog, D. (2006) Measuring trust inside organisations. *Personnel review.*, 35 (5), 557-588. DOI: 10.1108/00483480610682299
27. Dimitri Van Maele, Mieke Van Houtte. (2015). "Trust in school: a pathway to inhibit teacher burnout?". *Journal of Educational Administration*, 53 (1), 93-115. DOI: <https://doi.org/10.1108/JEA-02-2014-0018>.
28. Dirks, K. T., & Ferrin, D. L. (2002). Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for research and practice. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), .611–628. DOI: 10.1037/0021-9010.87.4.611

29. Dirks. K. T. (2000). Trust in leadership and team performance: Evidence from NCAA basketball. *J. Appl. Psych*, 85, 1004-1012. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.85.6.1004>
30. Eun Kyung Lee, Eun Joo Ji. (2018).The Moderating Role of Leader–Member Exchange in the Relationships Between Emotional Labor and Burnout in Clinical Nurses. *Asian Nursing Research*, 1 (12), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.02.002>
31. Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
32. Gene Alarcon , Kevin J. Eschleman & Nathan A. Bowling. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress*, 23(3), 244-263. DOI: 10.1080/02678370903282600
33. Golembiewski RT, Munzenrider R. (1988). Phases of Burnout: Developments in Concepts and Applications. New York: Praeger. 292
34. Golembiewski, R.T. (1989) A Note on Leiter's Study: Highlighting two models of burnout. *Group & Organization Management*, 14 (1), 5-13. DOI: 10.1177/105960118901400102
35. Gray R. (2009). Physician suicide rates show alarming need for education. *Tennessee medicine: journal of the Tennessee Medical Association*. 02(7). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2428283>.
36. Gülден Basit, Sergül Duygulu. (2018). Nurses' organizational trust and intention to continue working at hospitals in Turkey. *Collegian*, (25) 2, 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.05.003>
37. Hakanen, J. J., & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415–424. DOI: 10.1016/j.jad.2012.02.043
38. Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Jokisaari, M. (2011). A 35-year follow-up study on burnout among Finnish employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 345–360. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022903>
39. Haselhuhn, Michael P.; Kennedy, Jessica A.; Kray, Laura J.; Van Zant, Alex B.; Schweitzer, Maurice E. (2015). Gender differences in trust dynamics: Women trust

- more than men following a trust violation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 56, 2015, 104-109. DOI: 10.1016/j.jesp.2014.09.007
40. Hobfoll, S. E. (1998).: The psychology and philosophy of stress, culture, and community. *New York: Plenum*, 296.
 41. Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2000). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. In R.T. Golembiewski (Ed.) *Handbook of organization behavior (2nd Revised Edition)*. 57-81. New York: Dekker, 807.
 42. Jowett, G. E., Hill, A. P., Hall, H. K., & Curran, T. (2013). Perfectionism and junior athlete burnout: The mediating role of autonomous and controlled motivation. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 2, 48–61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0029770>
 43. Klein, Jens; Frie, Kirstin Grosse; Blum, Karl; von dem Knesebeck, Olaf. (2010) *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 525-530. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq056>
 44. Kristensen, Tage S., Marianne Borritz, Ebbe Villadsen, ja Karl B. Christensen. (2005). “The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool for the Assessment of Burnout.” *Work & Stress*, 19(3), 192–207. DOI: 10.1080/02678370500297720
 45. Laschinger, H. K., Shamian, J., & Thomson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses’ perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(5), 209–219. https://www.researchgate.net/publication/298931523_Impact_of_magnet_hospital_characteristics_on_nurses%27_perceptions_of_trust_burnout_quality_of_care_and_work_satisfaction
 46. Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133. DOI: 10.1037//0021-9010.81.2.123
 47. Leiter MP, Maslach C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J. Organ. Behav*, 9, 297–308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>
 48. Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology*:

Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 237-250). Philadelphia: Taylor & Francis.

49. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being* (vol. 3, pp. 91–134). Oxford, UK: Elsevier.
50. Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17, 331–339. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2009.01004
51. Lewicki, R. J., McAllister, D., & Bies, R. (1998). Trust and distrust: New relationships and realities. *Academy of Management Review*, 23: 439-458. DOI: 10.2307/259288
52. Li, T., & Fung, H.H. (2013). Age differences in trust: an investigation across 38 countries. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 347–355. DOI:10.1093/geronb/gbs072
53. Linzer, M., Visser, M. R. M., Oort, F. J., Smets, E. M. A., McMurray, J. E., & de Haes, H. C. J. M. (2001). Predicting and preventing physician burnout: Results from the United States and the Netherlands. *American Journal of Medicine*, 111, 170–175. DOI: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(01\)00814-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(01)00814-2)
54. Lixin Jiang, Tahira M. Probst. (2015). Do your employees (collectively) trust you? The importance of trust climate beyond individual trust. *Scandinavian Journal of Management*, 4(31), 526-535. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2015.09.003>
55. Lorenzo Avanzi, Franco Fraccaroli, Luciana Castelli, Jenny Marcionetti, Alberto Crescentini, Cristian Balducci, Rolf van Dick. (2018) How to mobilize social support against workload and burnout: The role of organizational identification. *Teaching and Teacher Education*, 69, 154-167. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tate.2017.10.001>.
56. Malach-Pines, A. (2005). The burnout measure, short version. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 78–88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.78>
57. Mara Briaa, Florina Spânua, Adriana Babana, Dan L. Dumitras. (2014). Maslach Burnout Inventory - General Survey: Factorial Validity and Invariance among

- Romanian Healthcare Professionals. *Burnout Research* 1(3):103–11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.09.001>
58. Violetta Riidas. (2017, mai 23). Läbipõlemine: pingelise töö leegitsev varjukulg. <http://www.mu.ee/uudised/2017/05/22/labipolemine-pingelise-too-leegitsev-varjukulg>
59. Martin, S.K., Farnan, J.M., Flores, A., Kurina, L.M., Meltzer, D.O., Arora, V.M. (2014). Exploring entrustment: housestaff autonomy and patient readmission. *Am. J. Med.* 127 (8), 791-797. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.04.013>
60. Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 68-85). Oxford, U.K.: Oxford University Press.
61. Maslach, C., & Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498–512. DOI: 10.1037/0021-9010.93.3.498
62. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191-218). Lanham, MD, US: Scarecrow Education.
63. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. (2001). Job burnout. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (Eds.). *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
64. Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709–734. DOI: 10.2307/258792
65. McKnight, D. Harrison and Chervany, Norman L. (2000). "What is Trust? A Conceptual Analysis and an Interdisciplinary Model". 827-833. *AMCIS 2000 Proceedings*. <http://aisel.aisnet.org/amcis2000/382>
66. Melanie Au, Matthew Kehn, Henry Ireys, Crystal Blyler, Jonathan Brown. (2018). Care Coordinators in Integrated Care: Burnout Risk, Perceived Supports, and Job Satisfaction. *American Journal of Preventive Medicine*, (54)6, 250-257. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.044>
67. Moïra Mikolajczak, Maria Elena Brianda, Hervé Avalosse, Isabelle Roskam. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134-145. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>

68. Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2001). Factors predicting trust between GPs and OPs. *International Journal of Integrated Care*, (1)31, 1-7. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic>
69. Oreskovich, M. R., Kaups, K. L., Balch, C. M., Hanks, J. B., Satele, D., Sloan, J. (2012). Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Archives of Surgery*, 147, 168–174. DOI: 10.1001/archsurg.2011.1481
70. Parring, A-M., Vähi, M., Käär, E. (1997). Statistilise andmetöötuse algõpetus. 405. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
71. Pines, A. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2nd Ed. pp. 386-403). New York, New York: The Free Press.
72. Rich, G. (1997). The sales manager as a role model: Effects on trust, job satisfaction and performance of salespeople. *J. Acad. Marketing*, 25, 319-328. DOI: <https://doi.org/10.1177/0092070397254004>
73. Robinson. S. (1996). Trust and the breach of the psychological contract. *Administrative Science Quarterly*, 41, 574-599. <http://dx.doi.org/10.2307/2393868>
74. Rotter, J., B. (1971) Generalized Expectancies for Interpersonal Trust. – *American Psychologist*, 5(26), 443-452 DOI: 10.1037/h0031464
75. Rotter, J.B. (1980). Interpersonal trust, trustworthiness and gullibility. *Am. Psychol*, 26, 1–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.1.1>
76. Rousseau, Denise M.; Sitkin, Sim B.; Burt, Ronald S.; Camerer, Colin. (1998). *Academy of Management Review*, 3(23), 393-404. DOI: 10.5465/AMR.1998.926617
77. Roy J. Lewicki, Edward C. Tomlinson, Nicole Gillespie. (2006). Models of Interpersonal Trust Development: Theoretical Approaches, Empirical Evidence, and Future Directions. *Journal of Management*, 6(32), 991–1022. DOI: <https://doi.org/10.1177/0149206306294405>
78. Rössler, W., Hengartner, M., Ajdacic-Gross, V., & Angst, J. (2014). Predictors of burnout: Results from a prospective community study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265, 19-25. DOI: 10.1007/s00406-014-0512
79. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. (1993). Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. Washington, DC: Taylor & Francis, 299.

80. Schaufeli, W. B. & Dierendonck, D. Van. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647. <https://doi.org/10.1002/job.4030140703>
81. Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study and practice: A critical analysis. London, United Kingdom: Taylor & Francis. 224.
82. Schaufeli, Wilmar B., Michael P. Leiter, Christina Maslach. (2009). "Burnout: 35 Years of Research and Practice." *Career Development International* 14(3), 204–220. DOI: <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
83. Scott, Dow and Cook, Brian. (1983). The Relationship Between Employee Age and Interpersonal Trust Within an Organizational Context. *Review of Business and Economic Research*, 3(18), 71-82. http://works.bepress.com/dow_scott/108/
84. Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D. (2011). Special report: Suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surgery*, 146, 54–62. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.2010.292>
85. Shanafelt, T. D., Blach, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251, 995–1000. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3
86. Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, T., Dyrbye, L. N., Sotile, W., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172, 1377–1385. DOI: 10.1001/archinternmed.2012.3199
87. Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358–367. DOI: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008
88. Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 26-48). N.Y.: Wiley.
89. Simons, T., & McLean Parks, J. (2002). Empty words: The impact of perceived managerial integrity on employees, customers and profits. Paper presented at the annual meeting of the Academy of Management, Denver, CO.
90. Singh, P., Suar, D., & Leiter, M. (2012). Antecedents, work-related consequences, and buffers of job burnout among Indian software developers. *Journal of Leadership*

- & *Organizational Studies*, 19, 83–104. DOI: <https://doi.org/10.1177/1548051811429572>
91. Sirje Rattus. (2016, veebruar 22). Patsientide kaitsja: Arstid peaksid suutma oma vigu ausalt tunnistada! <http://www.pealinn.ee/koik-uudised/patsientide-kaitsja-arstid-peaksid-suutma-oma-vigu-ausalt-tunnistada-n163408>
 92. Soine, L.A., Errico, K.M., Redmond, C.L., Sprow, S.M. (2013). What do faculty physicians know about nurse practitioner practice? *J. Nurse Pract*, 9(2), 93-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2012.12.019>
 93. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Assenova RS, Katic M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study, *Fam Pract*, 25, 245-65. <http://dx.doi.org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1093/fampra/cmn038>
 94. Solomon, R.C., Flores, F. (2003). Building Trust in Business, Politics, Relationships, and Life. New York: Oxford University Press, 178.
 95. Sotsiaalministeerium. (2016, aprill 28). Residentuuri vastuvõtukohad 2016/2017. <https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2016/05/MEMO-Residentuuri-kohtade-koosolek-28.04.16.pdf>
 96. Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487–506. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2010.01.003>
 97. Tervise Arengu Instituut. (2016, oktoober 19). Tervishoiutöötajad, nov 2016. <http://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringuteandmebaas/uuendused/4221-tervishoiutoetoetajad-nov-2016>
 98. Tsai, F. J., Huang, W. L., & Chang, C. C. (2009). Occupational stress and burnout of lawyers. *Journal of Occupational Health*, 51, 443–450. http://joh.sanei.or.jp/pdf/E51/E51_5_07.pdf
 99. Violetta Riidas. (2017, oktoober 11). Soomes küsis arst kuupalgaks 12 500 eurot. <http://www.mu.ee/uudised/2017/10/10/-soomes-kusis-arst-kuupalgaks-12-500-eurot>
 100. Vela-Bueno, A., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Fernández-Mendoza, J., De la Cruz-Troca, J. J. (2008). Sleep and behavioral correlates of napping among young adults: a survey of first-year university students in Madrid, Spain. *J Am Coll Health*, 57(2), 150-158. DOI: 10.3200/JACH.57.2.150-158

101. Wong, C. A., & Cummings, G. G. (2009). The influence of authentic leadership behavior on trust and work outcomes of health care staff. *Journal of Leadership Studies*, 3(2), 6–23. DOI: 10.1002/jls.20104
102. Wu, H., Liu, L., Wang, Y., Gao, F., Zhao, X., Wang, L. (2013). Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13(1). DOI: 10.1186/1471-2458-13-786

LISAD

Lisa 1. Küsimustik

Hea kolleeg!

Palun Teil osaleda uuringus, milles soovitakse teada saada, kuivõrd on Eesti arstide seas läbipõlemine ja usaldus osakonna juhataja vastu seotud. Teie antud vastused aitavad mõista, kuidas saaks läbipõlemist arstide seas ennetada ja vähendada. Küsimustikule vastamine on anonüümne ning saadud andmeid kasutatakse üksnes üldistatud kujul magistritöö koostamisel ja kaitsmisel.

Keskmiselt kulub küsimustikule vastamiseks kokku alla 10 minuti. Kui Teil on uuringu kohta küsimusi, siis palun võtke minuga julgesti ühendust.

Ette tänades

Kaarel Mägi, kaarelmgi@gmail.com

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna vilistlane, Tartu Ülikooli majandusteaduskonna magistrant

Palun märkige iga väite puhul Teile sobivaim vastusevariant.

Kui tihti:	1	2	3	4	5	6	7
	Mitte kunagi	Mõni kord aastas või vähem	Kord kuus või vähem	Mõni kord kuus	Kord nädalas	Mõni kord nädalas	Iga päev
1.	_____ Ma tunnen ennast töö tõttu emotsionaalselt tühjaks pigistatuna.						
2.	_____ Ma tunnen, et olen tööpäeva lõpuks omadega läbi.						
3.	_____ Ma tunnen väsimust, kui hommikuti üles tõusen ja pean taas uue tööpäevaga toime tulema.						
4.	_____ Ma suudan kergesti mõista, mida minu patsiendid tunnevad.						
5.	_____ Ma tunnen, et käsitlen mõningaid patsiente kui vaid haigusjuhte.						
6.	_____ Päev läbi inimestega töötamine on tegelikult minu jaoks suur pingutus.						
7.	_____ Ma tulen oma patsientide probleemide lahendamiseks väga efektiivselt toime.						
8.	_____ Ma tunnen, et olen oma töö tõttu läbipõlenud.						
9.	_____ Ma tunnen, et mõjutan oma tööga inimeste elusid positiivselt.						
10.	_____ Ma olen pärast sellel töökohal alustamist muutunud inimeste suhtes kalgimaks.						
11.	_____ Ma muretsen, et see töö muudab mind emotsionaalselt tuimemaks.						
12.	_____ Ma tunnen ennast väga energilisena.						
13.	_____ Mu töö valmistab mulle pettumust.						
14.	_____ Ma tunnen, et teen oma ametis liiga palju tööd.						
15.	_____ Mind tegelikult ei huvita, mis mõnede patsientidega juhtub.						
16.	_____ Tööl inimestega otsene kokkupuutumine on minu jaoks liiga stressirohke.						
17.	_____ Ma suudan lihtsasti luua oma patsientidega suhelses pingevaba atmosfääri.						
18.	_____ Pärast oma patsientidega tihedalt kokkupuutumist olen helges meeleolus.						
19.	_____ Olen oma töökohal saavutanud palju olulisi asju.						
20.	_____ Ma tunnen, et olen oma taluvuse piiril.						
21.	_____ Oma töökohal tegelen emotsionaalsete probleemidega väga rahulikult.						
22.	_____ Ma tunnen, et patsiendid süüdistavad mind mõnedes oma probleemides.						

Palun märkige iga väite puhul Teile sobivaim vastusevariant. Hinnangu andmisel mõelge palun oma otsese juhi peale.

1	2	3	4	5	6	7
Ei nõustu üldse	Ei nõustu	Pigem nõustu	ei Nii ja naak	Pigem nõustun	Nõustun	Nõustun täielikult

1. _____ Ma arvan, et minu otsene juht räägib koosolekutel tõtt.

2. _____ Ma arvan, et minu otsene juht peab koosolekutel võetud kohustustest kinni.
3. _____ Minu arvates on minu otsene juht usaldusväärne.
4. _____ Ma arvan, et minu otsene juht saavutab edu teistele pähe istudes.
5. _____ Ma tunnen, et minu otsene juht üritab oma ülemvõimu ära kasutada.
6. _____ Ma arvan, et minu otsene juht lõikab kasu töötajate probleemidest.
7. _____ Ma tunnen, et minu otsene juht on koosolekutel töötajatega aus.
8. _____ Ma tunnen, et minu otsene juht peab oma sõna.
9. _____ Ma arvan, et minu otsene juht ei eksita töötajaid.
10. _____ Mulle tundub, et minu otsene juht üritab oma kohustustest kõrvale hiilida.
11. _____ Ma tunnen, et minu otsene juht on ühiste plaanide läbi rääkimistel õiglane.
12. _____ Ma tunnen, et minu otsene juht kasutab haavatavaid inimesi ära.

Sugu:

- ☐ Naine
☐ Mees

Vanus:

- ☐ 30 või noorem
☐ 31-40
☐ 41-50
☐ 51-60
☐ 61 või vanem

Tööstaaž:

- ☐ Kuni 5 aastat
☐ 6-10 aastat
☐ 11-15 aastat
☐ 16-20 aastat
☐ 21-25 aastat
☐ 26-30 aastat
☐ 31 aastat või rohkem

Tööaeg (võib valida mitu):

- ☐ Regulaarne kellaajast kellaajani
☐ Valve 12h
☐ Valve 24h
☐ Muu, kirjeldage palun

Töökoormus (kui töötate mitmel kohal, siis kokku):

- ☐ 0,25
☐ 0,5
☐ 0,75
☐ 1
☐ 1,25
☐ 1,5
☐ Muu, palun täpsustage.....

Hinnang enda praegusele tervislikule seisundile:

- ☐ Väga halb
☐ Pigem halb
☐ Keskmise
☐ Pigem hea
☐ Väga hea

Tänades

Kaarel Mägi

Lisa 2. Faktorite võrdlused sõltuvalt soost (Mann-Whitney U test)

Faktorid	Soogruppide mediaanid (standardhälbed)		Olulisuse tõenäosus
	Naised (n=153)	Mehed (n=48)	
Emotsionaalne kurnatus	3,88 (1,25)	3,67 (1,25)	0,61
Depersonalisatsioon	2,80 (1,31)	3,50 (1,44)	0,00*
Vähenenud professionaalne võimekus	2,13 (0,85)	2,31 (0,54)	0,48
Afektiivne usaldus	5,33 (1,36)	5,17 (1,33)	0,91
Kognitiivne usaldus	5,50 (1,34)	5,50 (1,26)	0,84

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal. Läbipõlemise puhul skaala 1-7: 1- mitte kunagi, 2- mõni kord aastas, 3- kord kuus või vähem, 4- mõni kord kuus, 5- kord nädalas, 6- mõni kord nädalas, 7- iga päev. Usalduse puhul skaala 1-7: 1- ei nõustu üldse, 2- ei nõustu, 3- pigem ei nõustu, 4- nii ja naa, 5- pigem nõustun, 6- nõustun, 7- nõustun täielikult). * - statistiliselt oluline seos usaldusnivool $p < 0,05$.

Lisa 3. Faktorite võrdlused sõltuvalt vanusegruppidest (Kruskal Wallis H test)

Faktorid	Vanusegruppide mediaanid (standardhälbed)					Olulisuse tõenäosus
	30 või noorem	31-40	41-50	51-60	61 või vanem	
Emotsionaalne kurnatus	3,88 (1,12)	4,05 (1,29)	3,66 (1,26)	4,0 (1,26)	3,16 (1,48)	0,22
Depersonalisatsioon	3,40 (1,23)	3,20 (1,49)	2,60 (1,44)	2,40 (1,26)	2,10 (1,13)	0,00*
Vähenenud professionaalne võimekus	2,25 (0,88)	2,12 (0,81)	2,21 (0,72)	1,93 (0,61)	1,93 (0,54)	0,03*
Afektiivne usaldus	5,33 (1,30)	4,83 (1,40)	5,33 (1,40)	5,33 (1,26)	5,56 (1,35)	0,14
Kognitiivne usaldus	5,67 (1,26)	4,75 (1,38)	5,58 (1,36)	5,50 (1,20)	5,67 (1,33)	0,07

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal. Läbipõlemise puhul skaala 1-7: 1- mitte kunagi, 2- mõni kord aastas, 3- kord kuus või vähem, 4- mõni kord kuus, 5- kord nädalas, 6- mõni kord nädalas, 7- iga päev. Usalduse puhul skaala 1-7: 1- ei nõustu üldse, 2- ei nõustu, 3- pigem ei nõustu, 4- nii ja naa, 5- pigem nõustun, 6- nõustun, 7- nõustun täielikult). * - statistiliselt oluline seos usaldusnivool $p < 0,05$.

Lisa 4. Faktorite võrdlused sõltuvalt tööstaažist (Kruskal Wallis H test)

Faktorid	Tööstaažigruppide mediaanid (standardhälbed)							Olulisuse tõenäosus
	Kuni 5 aastat	6-10 aastat	11-15 aastat	16-20 aastat	21-25 aastat	26-30 aastat	31 aastat või rohkem	
Emotsionaalne kurnatus	3,88 (1,16)	3,94 (1,28)	3,67 (1,15)	3,44 (1,22)	4,28 (1,32)	3,44 (1,45)	3,33 (1,43)	0,62
Depersonalisatsioon	3,40 (1,19)	3,20 (1,64)	2,80 (1,17)	2,00 (1,34)	2,20 (1,74)	2,30 (1,19)	2,20 (1,20)	0,00*
Vähenenud professionaalne võimekus	2,25 (0,87)	2,44 (0,73)	2,00 (0,81)	1,88 (0,86)	2,06 (0,63)	2,06 (0,54)	1,88 (0,56)	0,03*
Afektiivne usaldus	5,33 (1,28)	5,17 (1,41)	5,00 (1,40)	5,00 (1,64)	5,58 (0,97)	5,08 (1,37)	5,67 (1,38)	0,42
Kognitiivne usaldus	5,67 (1,24)	5,42 (1,45)	5,17 (1,26)	5,17 (1,63)	6,08 (0,88)	5,50 (1,37)	5,67 (1,32)	0,21

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal. Läbipõlemise puhul skaala 1-7: 1- mitte kunagi, 2- mõni kord aastas, 3- kord kuus või vähem, 4- mõni kord kuus, 5- kord nädalas, 6- mõni kord nädalas, 7- iga päev. Usalduse puhul skaala 1-7: 1- ei nõustu üldse, 2- ei nõustu, 3- pigem ei nõustu, 4- nii ja naa, 5- pigem nõustun, 6- nõustun, 7- nõustun täielikult). * - statistiliselt oluline seos usaldusnivool $p < 0,05$.

Lisa 5. Vanuse ja tööstaažigruppide risttabel

Vanus	Tööstaažigrupid							
	Kuni 5 aastat	6-10 aastat	11-15 aastat	16-20 aastat	21-25 aastat	26-30 aastat	31 aastat või rohkem	Kokku
30 või noorem	70	7	0	0	0	0	0	77
31-40	7	23	9	1	0	0	0	40
41-50	1	1	10	14	9	1	0	36
51-60	0	1	2	2	7	11	7	30
61 või vanem	0	0	0	0	0	0	18	18
Kokku	78	32	21	17	16	12	25	201

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal).

Lisa 6. Faktorite võrdlused sõltuvalt töökoormusest (Mann-Whitney U test)

Faktorid	Töökoormusegruppide mediaanid (standardhälbed)		Olulisuse tõenäosus
	Töökoormus ≤ 1 (n=108)	Töökoormus $\geq 1,25$ (n=89)	
Emotsionaalne kurnatus	3,70 (1,25)	4,00 (1,19)	0,03*
Depersonalisatsioon	2,66 (1,33)	3,22 (1,38)	0,01*
Vähenenud professionaalne võimekus	2,13 (0,81)	2,16 (0,75)	0,92
Afektiivne usaldus	5,25 (1,35)	5,21 (1,36)	0,97
Kognitiivne usaldus	5,52 (1,33)	5,47 (1,31)	0,86

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal. Läbipõlemise puhul skaala 1-7: 1- mitte kunagi, 2- mõni kord aastas, 3- kord kuus või vähem, 4- mõni kord kuus, 5- kord nädalas, 6- mõni kord nädalas, 7- iga päev. Usalduse puhul skaala 1-7: 1- ei nõustu üldse, 2- ei nõustu, 3- pigem ei nõustu, 4- nii ja naa, 5- pigem nõustun, 6- nõustun, 7- nõustun täielikult). *- statistiliselt oluline seos usaldusnivool $p < 0,05$.

Lisa 7. Faktorite võrdlused sõltuvalt tööajast (Mann-Whitney U test)

Faktorid	Tööajagruppide mediaanid (standardhälbed)		Olulisuse tõenäosus
	Regulaarne kellajaast kellajani (n=78)	Regulaarne kellajaast kellajani ja lisaks valve (n=118)	
Emotsionaalne kurnatus	3,70 (1,29)	3,86 (1,18)	0,03*
Depersonalisatsioon	2,33 (1,26)	3,24 (1,34)	0,00*
Vähenenud professionaalne võimekus	1,97 (0,88)	2,30 (0,72)	0,01*
Afektiivne usaldus	5,67 (1,33)	5,12 (1,35)	0,04*
Kognitiivne usaldus	5,79 (1,25)	5,38 (1,35)	0,05*

Allikas: (autori koostatud kogutud andmete põhjal. Läbipõlemise puhul skaala 1-7: 1- mitte kunagi, 2- mõni kord aastas, 3- kord kuus või vähem, 4- mõni kord kuus, 5- kord nädalas, 6- mõni kord nädalas, 7- iga päev. Usalduse puhul skaala 1-7: 1- ei nõustu üldse, 2- ei nõustu, 3- pigem ei nõustu, 4- nii ja naa, 5- pigem nõustun, 6- nõustun, 7- nõustun täielikult). *- statistiliselt oluline seos usaldusnivool $p < 0,05$.

SUMMARY

BURNOUT AND TRUST IN LEADERS AMONG ESTONIAN PHYSICIANS

Kaarel Mägi

People who study medicine usually have a sense of duty; this path is especially suitable for those who want to help other people in their future work. On the one hand, treating those in need gives a lot of joy and is extremely meaningful, but on the other hand, helpers also carry a huge responsibility and must deal with stressful situations that can be physically and mentally draining. All of this often results in burnout. Studies in different countries have shown that as many as 30-50% of physicians are burned out. (Shanafelt *et al.* 2012: 1377–1385; Soler *et al.* 2008: 245-265; Neeme 2017).

Before the 1980s, scientific research on the burnout mostly focused on the individual. Once it was realized that this was not enough to fully grasp the nature of the problem, researchers began to study burnout in the context of organizations. Several studies have established an association between organizational trust and burnout: increase in trust results in lower burnout and vice versa (Laschinger 2001: 217; Karapinar 2015: 1964-1966; Jiang, Probst 2015: 530; Van Maele, Van Houtte 2015: 103-104; Simha *et al.* 2014: 493; Wong, Cummings 2009: 13). As trust is so common everyday construct and is the basis for nearly all human communication, it is understandable that it also influences job performance, especially in organizations that require people to cooperate in order to perform well. It is possible that an increase in the trust in leaders would prevent physicians from experiencing burnout.

The author of this Master's thesis defines burnout as a three-dimensional syndrome that consists of emotional exhaustion, negative attitudes about one's clients or

depersonalization, and reduced professional efficacy. The trust in leaders is understood as the employee's belief that his or her leader acts in good faith, keeps his or her promises and is not taking advantage of people.

Burnout is more common among those who work with people (Maslach 1996: 192) and it has been shown that the prevalence of burnout among physicians is significantly higher compared to the general population (Shanafelt *et al.* 2012: 1380). This could be explained by the continuously increasing requirements medical staff need to meet - the population is ageing, which means that there are more patients and less time and financial resources. This could result in longer waiting lists, less time for helping patients and physicians often working overtime. In addition, physicians must manage the continuously growing abundance of information; new scientific research is published daily and treatment guidelines may be changed several times per year. Besides their regular jobs, many physicians are also active researchers, lecturers and instructors. What is more, media coverage of medical shortcomings and legal disputes between parties have become common (Rattus 2016). Additionally, having too few experts in training is an issue in some fields in Estonia (Residentuuri...2016: 1) and also labour shortages caused by specialists emigrating to foreign countries (Riidas 2017).

In order to address these problems, medical staff must have a supportive work environment, where every physician can trust their colleagues and leaders and rely on them if needed. The author of this Master's thesis aims to outline the ways in which trust in leaders and burnout are associated. To the author's knowledge, no previous research has been done on burnouts' association with the trust in leaders among physicians in Estonia.

The objective of the thesis is to establish the relationship between burnout and the perceived trust in leaders among physicians in Estonia. In order to fulfil this objective, the following research tasks are set:

- describe the burnout syndrome, its essence and consequences for the individual and the organization;
- give a theoretical overview of the trust in leaders and its importance in organizations;

- describe the previously established relationships between burnout and trust in leaders;
- outline the characteristics of burnout and trust in leaders among healthcare workers;
- choose a suitable form with which to research the relationship between burnout and trust in leaders among doctors working in Estonia;
- conduct a survey among doctors working in Estonia, and analyze the results of the study;
- give an overview of the results: how common is burnout and how can the trust in leaders be described, how do sociodemographic characteristics affect these indicators;
- study the relationship between physician burnout and the trust in leaders and compare it to the results from previous research.

The results of the Master's thesis indicate that burnout is a gradual reaction to discrepancies among factors in the workplace. These factors are workload, a sense of injustice, unsatisfying rewards, and relationships with coworkers and leaders. Burnout results in decreased efficiency and mental balance; people may develop unhealthy behaviours. The consequences of physician burnout may result in dysfunctional hospital and ineffective patient care.

Trust emerges once two parties interact. On the one hand, trust depends on one's propensity to trust and on the other hand, one's trustworthiness. Trust has two main components: affective or emotional trust and cognitive or conscious trust. Besides emotional trust, in professional relationships a greater role can be assigned to conscious, experience-based trust because this can significantly improve the organisation's health.

As trust is necessary for developing and retaining human relationships, it is thought to be connected to burnout as well. The author of the thesis proposes that employees' trust in their leader can be seen as social support, functioning as a resource that reduces physiological and psychological stress in the workplace. This alleviates emotional fatigue; employees do not need to distance themselves from people to save energy, and professional efficacy is retained. Thanks to this, trust may help employees fulfill personal

objectives, reduce workplace requirements, promote self-growth and potentially avoid burnout.

The previous studies have shown that there was a negative correlation between organizational trust and burnout in the workplace. This means that the higher the trust in organizations, the less likely it is that people experience burnout and vice versa. Few studies have previously shown a negative correlation between trust in leaders and burnout in health care.

A survey among Estonian physicians was carried out to research the correlation between burnout and the trust in leaders. In the survey the Maslach Burnout Inventory was used to assess burnout and Organisational Trust Inventory to evaluate trust. The latter was modified to specifically measure trust in leaders. The study was carried out in March and April of 2018 and the sample comprised 201 doctors and residents.

Based on the analysis provided in the Master's thesis it appears that burnout is as common in Estonia as other countries, the burnout among physicians is moderate. The perceived trust in leaders is higher among Estonian physicians than other medical staff members studied. In addition, it can be concluded that there is a moderate negative correlation between burnout and trust; these results are comparable to previous studies. This means that increasing the perceived trust in leaders may help to solve the severe problems caused by burnout.

Although this thesis found that burnout is more common among men, a comparative analysis of studies shows that there are no gender differences. There were no differences in trust between male and female doctors in Estonia, which has also been found in the previous research.

In relation to burnout and age, this research was in accordance with previous studies: younger employees with less seniority experience burnout more often. Additionally, the results of the Master's thesis coincided with previous studies concerning workload: higher workload is associated with higher burnout. Being on call in addition to regular work hours also associates with higher burnout and reduced trust. Furthermore, based on the results of the thesis it can be concluded that trust in leaders, as a factor that reduces

burnout, becomes especially important among those who already experience higher burnout. Therefore, these risk groups should receive special attention with regard to increasing trust and reducing burnout.

The author of the Master's thesis studied the relationship between burnout and the perceived trust in leaders among Estonian physicians. In order to clearly establish the association of perceived trust with burnout, future research could be done on physicians' propensity to trust and leader's trustworthiness and their correlation with burnout. Additionally, it is necessary to study the relationship between physician burnout and trust in colleagues and between burnout and trust in hospitals as organizations, to understand the relationship of trust and burnout in healthcare as a whole. Following these suggestions, we might develop an even better understanding of the ways in which trust could help address the problem of burnout among physicians.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kaarel Mägi (sünnikuupäev: 14.03.1989)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

“Läbipõlemise seos juhi suhtes tajutud usaldusega Eesti arstide seas” mille juhendaja on lektor Anne Aidla,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 23.05.2018